

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Influence des facteurs culturels sur les hallucinations chez l'enfant et  
l'adolescent.**

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2019 à 16h00  
au Pôle Formation

**Par Guillaume LECONTE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Monsieur le Professeur Thierry BAUBET**

**Monsieur le Docteur Ali AMAD**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

# Table des matières

Liste des abreviations

I.	Introduction.....	8
II.	Hallucinations précoces en période développementale chez l'enfant et l'adolescent.....	11
A.	Définitions .....	12
B.	Historique et nosographie des expériences hallucinatoires.....	12
C.	Clinique des expériences hallucinatoires précoces chez l'enfant et l'adolescent.....	14
1.	Spécificités cliniques des hallucinations chez l'enfant et l'adolescent.....	14
2.	Autres expériences hallucinatoires de l'enfant et l'adolescent .....	18
3.	Facteurs favorisants environnementaux .....	22
4.	Facteurs génétiques .....	24
D.	Epidémiologie.....	26
1.	Prévalence des hallucinations précoces en population générale.....	26
2.	Prévalence des hallucinations précoces en population clinique.....	28
E.	Modèles théoriques.....	30
1.	Psychopathologie psychodynamique.....	30
2.	Modèles cognitifs et liens avec la psychopathologie .....	32
3.	Apports de l'imagerie cérébrale .....	36
F.	Étiologies devant des hallucinations précoces .....	38
1.	Psychiatriques.....	39
2.	Non psychiatriques .....	43
G.	Évaluation diagnostique .....	45
1.	La démarche diagnostique clinique.....	45
2.	Outils d'évaluation des expériences hallucinatoires.....	47
3.	Bilan étiologique paraclinique devant des hallucinations précoces.....	49

H. Pronostic et évolution a l'âge adulte.....	50
III. Influence des facteurs culturels sur les hallucinations chez l'adulte.....	52
A. Réalité et hallucination selon la culture .....	53
1. Définition de l'hallucination.....	53
2. Culture et sens attribués aux hallucinations.....	55
B. Caractéristiques et retentissement des hallucinations selon la culture .....	56
1. Fréquence des hallucinations .....	57
2. Modalités hallucinatoires.....	59
3. Contexte d'apparition des hallucinations.....	60
4. Contenu des hallucinations .....	62
5. Vécu du sujet envers hallucinations.....	65
6. Rapport de l'entourage du sujet aux hallucinations.....	66
C. Influence des croyances religieuses sur les hallucinations .....	68
D. Place de la culture dans les soins devant des hallucinations.....	70
1. Modalités de recours aux soins selon la culture.....	70
2. Durée de psychose non traitée selon la culture .....	72
3. Perceptions par le soignant selon la culture.....	74
4. Errance diagnostique en situation transculturelle.....	76
5. Guide de formulation culturelle du DSM 5.....	79
6. La psychiatrie transculturelle.....	81
IV. Facteurs culturels intervenant dans les hallucinations précoces de l'enfant et l'adolescent.	
86	
A. Etat des lieux dans la littérature .....	87
1. Fréquence des expériences psychotiques et origine ethnique.....	87
2. Hallucinations et dissociation chez l'enfant et l'adolescent .....	90
3. Religion et hallucinations chez l'enfant et l'adolescent .....	92

4. Culture, hallucinations et recours aux soins chez l'enfant et l'adolescent.....	93
B. Cas clinique.....	94
C. Discussion du cas clinique .....	98
1. Hallucinations et culture chez Amadou .....	98
2. Orientations diagnostiques dans la situation d'Amadou.....	100
3. Errance diagnostique dans la situation d'Amadou .....	102
4. Populations à risque .....	105
V. Discussion .....	111
A. Facteurs migratoires et prévalence des hallucinations.....	114
B. Facteurs culturels et expression hallucinatoire.....	117
C. Facteur de risque et facteur protecteur .....	120
1) Facteurs de risque .....	120
2) Facteurs protecteurs .....	123
D. Limites.....	124
E. Evaluation des facteurs culturels devant des hallucinations chez l'enfant et l'adolescent	125
F. Outils psychométriques et recherche en situation transculturelle.....	128
VI. Conclusion .....	130
VII Bibliographie.....	133

## LISTE DES ABREVIATIONS

AHRS : Auditory Hallucination Rating Scale

APSS : Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener

AS : Anxiété de Séparation

BOLD : Blood Oxygen Level Dependent Effect

CAARMS : Comprehensive Assessment of At Risk Mental States

CBS : Culture Bound Syndrome

CIM : Classification Internationale des Maladies

DISC-C : Diagnostic Interview Schedule for Children

DMN : Default Mode Network

DMPNT : Durée Moyenne de Psychose Non Traitée

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DPNT : Durée de Psychose Non Traitée

EE : Emotion Exprimée

EEG : Electro-EncephaloGramme

ESPT : Episode de Stress Post Traumatique

GFC : Guide de Formulation Culturelle

HAV : Hallucinations Acoustico Verbales

IRMf : Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle

LHSH : Launey-Slade Scale

LSD : Acide Lysergique Dyéthylamide

MHASC : Multisensory Hallucinations Scale for Children

MIK : Maastricht Voices Interview for Children

NC : Narcolepsie Cataplexie

NMDA : N-Méthyl-D-Aspartate

QI : Quotien Intellectuel

ORL : Oto-Rhino-Pharyngé

PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale

PCP : Phényclidine

RR : Risque Relatif

SAPS : Scale for the Assessment ou Positive Symptoms

SADS : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age

SDTP : Schizophrénie à Début Très Précoce

SDQ : Strenghts and Difficulties Questionnaires

SIPS : Structured Interview for Prodromal Symptoms

TAT : Thematic Apperception Test

TDAH : Trouble de l'Attention Avec Hyperactivité

TEP : Tomographie par Emission de Positions

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

UHRP : Ultra Haut Risque Psychotique

WASH-U-KSADS : Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affetive Disorder and Schizophrenia

WEIRD : West Educated Industrialised Rich and Democratic

WHO : World Health Organization

YSR : Youth Self-Report

# I.Introduction



Une hallucination est une perception sans objet complexe à appréhender chez l'enfant et l'adolescent. Cette difficulté s'explique entre autre par son continuum entre un phénomène physiologique dans un contexte immaturité psychique lors d'un développement normal, et une manifestation pathologique transnosographique avec une grande diversité clinique. L'évaluation des hallucinations en période développementale demande ainsi au thérapeute une connaissance clinique spécifique et rigoureuse avant d'engager toute orientation diagnostique et thérapeutique (1). Chez l'adulte, la manifestation d'une symptomatologie hallucinatoire et délirante est associée à une situation sociale défavorable, des antécédents traumatiques et le statut de migrant (2). La prise en charge psychiatrique devant des hallucinations nécessite donc la prise en compte des facteurs environnementaux. Parmi ces facteurs, nous nous focaliserons plus spécifiquement sur la culture, celle-ci étant omniprésente et variable à plusieurs niveaux selon les sujets rencontrés.

Il y a une certaine difficulté à définir la culture, de part la grande variété de domaines où ce terme peut être admis. Nous nous intéresserons ici au concept anthropologique de culture, décrite par Tylor (3) comme « *un ensemble complexe qui inclut savoirs, croyances, arts, positions morales, droits, coutumes et toutes autres capacités et habitudes acquis par un être humain en tant que membre d'une société* ». De nos jours, la culture peut être définie comme l'ensemble des normes comportementales, des significations, des valeurs partagées par les membres d'un groupe donné afin de construire une représentation singulière du monde et définir leur identité. Ceci inclut un certain nombre de variables culturelles telles que le langage, les croyances religieuses, les coutumes et rituels, le genre et l'orientation sexuelle, ou encore le statut socio-économique (4). Baubet et Moro (5) rajoutent que la culture permet aux membres d'une société d'attribuer un sens aux événements de manière homogène à travers des représentations culturelles communes. Devereux (6), sous un angle éthnopsychanalytique, considère que « *la culture est avant tout un système standardisé de défenses, et par conséquent solidaire au premier chef des fonctions du Moi* »

La culture d'un individu joue un rôle important en période développementale. Via les transmissions par les parents et les adultes, elle influence la structuration de l'enfant et la construction identitaire de l'adolescent, de part ses représentations culturelles, générant parfois des conflits internes, comme en situation de migration (7,8). Même si les chercheurs s'accordent sur le fait que les facteurs culturels ont une influence sur les hallucinations chez l'enfant et l'adolescent, ce champ de recherche reste très peu exploré, et les connaissances très limitées auprès de cette population, contrairement à l'adulte (1,9–12). Mieux connaître la manière dont la culture influence les hallucinations chez un enfant ou un adolescent permettrait d'améliorer leur évaluation diagnostique et leur prise en charge thérapeutique.

L'objectif de ce travail est de réaliser un état de lieux des connaissances sur l'influence des facteurs culturels sur les hallucinations chez l'enfant et l'adolescent.

Après un rappel théorique sur les hallucinations précoces en période développementale, nous ferons un point sur les données de la littérature portant sur l'influence des facteurs culturels sur les hallucinations chez l'adulte. Nous nous intéresserons ensuite aux recherches sur les relations entre la culture et les hallucinations chez l'enfant et l'adolescent, et proposerons une réflexion théorico-clinique à partir d'une situation clinique pédopsychiatrique.

La méthode utilisée est une revue narrative de la littérature (13), ou revue d'opinion, devant la grande variabilité des termes utilisés à propos de la culture et des hallucinations en population pédiatrique, et devant le peu de recherche portant sur ce sujet. Nous avons ainsi sélectionné les publications jugées pertinentes portant sur la culture, l'ethnie, les croyances traditionnelles, les rituels, la spiritualité, la religion ou la migration ; et portant sur les hallucinations, expériences hallucinatoires, la symptomatologie d'allure psychotique, le trouble psychotique, la schizophrénie, la schizotypie, ou la possession. Les résultats étant très larges et variés, les messages forts ont été sélectionnés et un cas clinique a ensuite été discuté afin d'illustrer une réflexion théorico-clinique à propos de la question des l'influence des facteurs culturels sur les hallucinations chez l'enfant et l'adolescent.

## II. Hallucinations précoces en période développementale chez l'enfant et l'adolescent

## **A. Définitions**

Nous nous intéressons dans ce travail aux hallucinations qui font partie du champ des fausses perceptions. Les hallucinations se distinguent de deux autres catégories de fausses perceptions (14) :

- l'illusion, qui est la perception déformée d'un objet réel ;
- l'hallucinoïse, qui est une perception sans objet mais critiquée par le sujet qui a conscience de l'anormalité de la perception.

L'hallucination est quant à elle une perception sans objet, non critiquée par le sujet qui y adhère entièrement. Elle peut toucher plusieurs modalités sensorielles (auditives, visuelles, olfactives, tactiles, gustatives), mais être également cénesthésique (fausse perception d'une mobilisation d'un membre ou du corps en dehors de sa volonté) ou autoscopique (fausse perception de soi comme étant projeté hors de son corps) (15).

## **B. Historique et nosographie des expériences hallucinatoires**

Etienne Esquirol est le premier à décrire les hallucinations, comme des « *expériences où les perceptions se produisent sans stimulus externe correspondant* ». Plusieurs auteurs ont étayé par la suite sa définition (14).

Baillarger distingue les hallucinations psychosensorielles, rattachées aux 5 sens, des hallucinations psychiques (ou intellectuelles), concernant la pensée propre du sujet. Falret différencie les hallucinations compatibles avec la raison de celles incompatibles auxquelles le patient délirant adhère entièrement. Moreau de Tours propose un parallèle entre le rêve et le délire, portant sa réflexion sur le lien entre les hallucinations pharmaco-induites et celles d'origine psychotique (16). Séglas, lui, marque une différence entre les hallucinations

psychosensorielles et celles psychomotrices. Travaillant sur l'aphasie, il attache une certaine importance aux paroles dans les hallucinations psychomotrices qui concernent alors directement le langage, impliquant la zone de Broca, centre cérébral du langage. De Clérambault décrit 3 automatismes mentaux : l'idéo-verbal, les hallucinations sensorielles et sensitives, et l'automatisme psychomoteur, formant ensemble le grand automatisme mental (16).

Henri Ey définit par la suite l'hallucination telle qu'on la caractérise encore aujourd'hui, comme une « *perception sans objet à percevoir* » (17). Slade et Bentall précisent que ces expériences pseudo-sensorielles surviennent avec une « *irrésistible sensation de réalité d'une vraie perception, et ne peuvent pas être contrôlées directement et volontairement par le sujet* » (18).

Despert (19) s'intéresse en premier à la différenciation entre les hallucinations et les phénomènes physiologiques liés à l'immaturation psychique de l'enfant (phénomènes imaginaires, hallucinations hypnopompiques et hypnagogiques, images idéatives et compagnons imaginaires). L'existence d'hallucinations chez l'enfant a cependant pu être évoquée par Henry Ey (17), dans son traité des hallucinations : « *L'enfant n'ayant pu constituer son système de réalité, celui-ci ne peut se désorganiser et par conséquent, l'hallucination est impossible à distinguer de l'exercice normal infantile de l'imagination* ».

Il convient de noter que dans les classifications du DSM 5 et CIM 10, la différence entre l'état mental normal et pathologique est basée sur la limite de sévérité d'un symptôme, la cause d'un trouble fonctionnel et la présence d'une souffrance (20). Dans le DSM 5, il n'y a pas de critère diagnostique spécifique à l'enfant et l'adolescent, devant la complexité de l'évolution développementale et la clinique pédopsychiatrique variée.

## **C. Clinique des expériences hallucinatoires précoces chez l'enfant et l'adolescent**

Les expériences hallucinatoires chez l'enfant et l'adolescent peuvent être pathologiques ou bénignes, témoignant alors d'une immaturité psychique en période développementale. Le diagnostic est d'autant plus complexe que ces manifestations hallucinatoires sont variées, et que peu d'enfants ou adolescents les révèlent à leur entourage (Jardri 2010).

### **1. Spécificités cliniques des hallucinations chez l'enfant et l'adolescent**

#### **a) Caractéristiques des hallucinations**

En comparaison aux expériences hallucinatoires chez l'adulte, les hallucinations précoces chez l'enfant et l'adolescent sont plus intenses et multisensorielles (10).

Les hallucinations auditives sont plus souvent rapportées que les hallucinations visuelles en population générale, ou chez des sujets souffrant de troubles anxieux ou dysthymiques (21,22). Chez les enfants et adolescents présentant une schizophrénie à début précoce, David et collaborateurs (23) ont mis en évidence que les hallucinations multisensorielles sont majoritaires, avec une corrélation entre la présence d'hallucinations visuelles, olfactives et somatotactiles, et la sévérité des troubles.

Le contenu des hallucinations visuelles peut refléter des éléments concrets tels que des monstres, des personnages de films d'horreur, des animaux, des parties du corps, des plantes, ou des éléments plus abstraits tels que des ombres, des lumières ou des formes géométriques (24). Les hallucinations acoustico-verbales (HAV) sont majoritairement le nom de l'enfant prononcé par des voix, des commentaires, des conversations, voire les trois simultanément (1), mais aussi être des chants, des rires, sans interaction avec le sujet (24). Ces voix peuvent avoir une tonalité désagréable, voire agressive, avec des insultes ou des critiques lorsque des

comorbidités à type de symptomatologie dépressive ou anxieuse et des troubles du comportement y sont associées (25). Il y a également une influence culturelle et environnementale sur ce contenu hallucinatoire (9).

Ces hallucinations sont fréquemment associées à d'autres symptômes psychiatriques rendant difficile leur diagnostic. Les manifestations cliniques hallucinatoires peuvent survenir après des événements de vie difficile (négligence, deuil...) traumatiques (maltraitance physique, morale...) et peuvent être cachées par d'autres plaintes fonctionnelles telles que les douleurs abdominales (14,26,27).

#### **b) Retentissement des hallucinations et comorbidités associées**

La présence d'hallucinations précoces en période développementale est fréquemment associée à d'autres symptômes, aggravant le retentissement sur la santé et le développement des enfants et adolescents.

Plusieurs auteurs ont mis en évidence un lien entre la présence d'HAV et des troubles du comportement (28,29), aussi bien lors de l'apparition des HAV que leur persistance dans le temps (30–32). Certains travaux ont également décrit un lien entre la présence d'hallucinations et des troubles du comportement auto et hétéro-agressifs chez des adolescents (33).

La persistance de ces expériences hallucinatoires est fréquemment associée à d'autres signes de souffrance psychiques telle qu'une symptomatologie dépressive et anxieuse (31). Les études montrent des résultats contradictoires concernant l'association entre des expériences hallucinatoires persistantes au cours du temps et des idées délirantes (31,34,35). Plusieurs auteurs ont montré que dans des cohortes d'adolescents présentant des troubles psychiatriques (36), ou en demande de soin (37) ceux qui rapportaient des HAV avaient une prévalence plus importante de conduite suicidaire que ceux qui n'en décrivaient pas. La présence de cette symptomatologie hallucinatoire semblait être un facteur prédictif de tentative de suicide dans la population adolescente (38).

Yoshizumi et collaborateurs (24) ont étudié les relations entre les modalités, le contenu

des hallucinations, et les troubles psychiatriques associés chez des adolescents. Ainsi, les adolescents ayant des hallucinations multimodales avaient des scores significativement plus élevés d'anxiété et d'expérience dissociative, en comparaison à ceux n'ayant qu'une seule modalité hallucinatoire, ou ne présentant pas d'hallucination. De plus, chez les adolescents présentant des hallucinations visuelles, ceux avec un contenu concret avaient des niveaux de dépression ou de dissociation significativement plus élevés que ceux ayant un contenu abstrait.

Outre l'augmentation du risque de développer d'autres symptômes psychiatriques et fonctionnels, la présence d'hallucinations a aussi un retentissement scolaire. Bartels et collaborateurs (26) ont mis en évidence chez des enfants et adolescents avec des HAV persistantes depuis 5 ans, qu'il y avait un niveau significativement plus bas sur le plan de compétences cognitives à des tests de fin de primaire et un niveau scolaire diminué au collège. Une étude s'intéressant à une large population d'enfants âgés de 5 à 7 ans a par ailleurs mis en évidence que les hallucinations visuelles étaient associées de façon significative à la présence d'un compagnon imaginaire et à un déficit de théorie de l'esprit de second ordre. Il en était de même pour les hallucinations auditives isolées et associées à des hallucinations visuelles, mais avec en plus une association significative avec un défaut d'acquisition d'une théorie de l'esprit de premier ordre (39).

D'un point de vue cognitif, Blanchard et collaborateurs (40) ont montré que la présence d'un déficit de compétences motrices fines et d'un déficit de la rapidité d'intégration d'information chez des jeunes de 11 à 13 ans présentant des hallucinations en comparaison à des sujets sains. Ces déficits sont des symptômes neurologiques mineurs, en faveur d'une vulnérabilité génétique à des pathologies neurodéveloppementales, dont la schizophrénie.

### **c) Évolution des hallucinations durant l'enfance et l'adolescence**

La présence d'expériences hallucinatoires en période développementale est décrite comme un phénomène principalement transitoire (27,30,31,34,41,42). Ainsi, Van Os et



collaborateurs (43) ont mis en évidence que 75% à 90% des expériences développementales sont transitoires et disparaissent avec le temps.

Concernant les HAV, Escher et collaborateurs (42) montrent chez 80 enfants et adolescents âgés de 8 à 19 ans, ces symptômes disparaissaient après 3 ans de suivi dans 60 % des cas. Bartels et collaborateurs (30,31) ont décrit que 76% des enfants présentant des HAV à l'âge de 7 ou 8 ans, n'entendaient plus de voix après 5 ans de suivi et 88% après 11 ans de suivi.

Les expériences hallucinatoires peuvent néanmoins persister et s'aggraver durant la période développementale. Plusieurs facteurs peuvent être associés au maintien de cette symptomatologie hallucinatoire, tels que :

- la sévérité des HAV lors de leur apparition (41,42) ;
- les désordres émotionnels et l'anxiété (42,44) ;
- l'addition de facteurs de risque environnementaux comprenant l'utilisation de cannabis, le milieu urbain et les événements stressants et traumatiques (31,45) ;
- l'association à des troubles de conduites (32);
- la présence de symptômes négatifs (46).

Les plaintes fonctionnelles sont décrites par Bartels et collaborateurs (26) comme le facteur prédictif de plus mauvais pronostic devant la présence d'HAV chez les enfants de 7 et 8 ans. L'attribution externe des voix, leur présence quotidienne, leur ton hostile, leur pluralité, leur haut niveau d'intrusion peuvent également prédire la persistance des hallucinations, et sont un risque d'évolution vers une transition psychotique (32,41,42,47). La persistance d'hallucinations durant l'enfance et adolescence augmente donc le risque d'évolution vers un trouble psychotique, mais augmente également le risque de développer d'autres troubles psychiatriques (34,41).

## 2. Autres expériences hallucinatoires de l'enfant et l'adolescent

Chez l'enfant, le compagnon imaginaire et les phénomènes vécus autour du réveil (hypnopompique) ou de l'endormissement (hypnagogique) sont des expériences physiologiques pouvant être vécues « comme si » elles étaient hallucinatoires. Ces expériences sont décrites par certains auteurs dans la littérature comme des « *psychotic-like symptoms* », mais leur mécanisme physiopathologique diffère de celui des hallucinations à proprement parler (1).

### a) Le compagnon imaginaire

#### (1) Définition

Le compagnon imaginaire a été décrit la première fois par M. Svendsen (48) comme « *un personnage invisible pouvant être évoqué en conversation avec d'autres personnes, avec qui l'enfant peut jouer à loisir pendant une période donnée d'au moins plusieurs mois et ayant une réalité apparente pour l'enfant, bien qu'il ne puisse être objectivable* ». Il précise la définition en rajoutant que « *le compagnon imaginaire est une création visuelle ou auditive, qui advient aussi réelle et vivante qu'une perception sensorielle mais dont cependant l'enfant reconnaît toujours le caractère irréel* ».

Les compagnons imaginaires sont différenciés des hallucinations devant les caractéristiques suivantes (49) :

- ils peuvent souvent être « invoqués » par l'enfant, en contraste avec la nature involontaire des hallucinations (aussi appelées "compagnon imaginaire non compliant") qui sont résistants au contrôle d'apparition par l'enfant ;
- ils ont typiquement la fonction de partenaires de jeux, et sont associés à des émotions positives ;
- ils peuvent être critiqués par l'enfant qui les décrit comme imaginaires.

Le compagnon imaginaire est donc un personnage fictif issu de l'imagination de l'enfant, vivant de façon permanente avec le sujet qui fait « comme si » le personnage existait. Les compagnons imaginaires peuvent prendre la forme d'humains, d'animaux, de jouets ou de personnages de film ou de télévision. Ils sont souvent inclus dans la routine quotidienne des enfants (50). L'enfant crée ainsi un espace de jeu entre la réalité et l'imaginaire. En effet, le compagnon imaginaire peut être considéré comme une forme de jeu symbolique, émergeant lors de la 2<sup>ème</sup> année et débutant par l'utilisation d'un objet d'une manière différente de son usage habituel.

Chez l'enfant, un lien de corrélation a été établi entre le jeu de rôle et la théorie de l'esprit, utilisant des éléments mis en jeu tels que les désirs, émotions et croyances. Les enfants avec compagnon imaginaire présentaient une meilleure performance aux épreuves de théorie de l'esprit correspondant à leur âge, en comparaison à des enfants sans compagnon imaginaire, témoignant ainsi d'un bon pronostic développemental (51).

Les enfants rapportant la présence actuelle ou passée de compagnon imaginaire sont plus fréquemment les premiers nés de la fratrie et initient plus souvent le jeu en inventant des histoires avec des êtres mythiques, sans inclure leur compagnon imaginaire (52,53). De plus, les enfants sans compagnon imaginaire joueraient plus souvent avec leur fratrie. Les auteurs émettent l'hypothèse que les enfants aînés avaient « accès » moins vite aux possibilités de jeu avec leurs petits frères et sœurs (et donc auraient moins d'expérience de jeu avec autrui) que les enfants étant au contact de leur fratrie dès la naissance (53).

L'acceptation par les parents de la présence d'un compagnon imaginaire chez leur enfant et la tendance de l'enfant à entendre des mots quand il est dans un environnement bruyant ou avec des sons « ambigus » augmenterait la fréquence de présence d'un compagnon imaginaire (54,55). Il y aurait donc une certaine influence de l'environnement sur l'apparition et la persistance de compagnon imaginaire chez les enfants.

Une étude a mis en évidence que chez des enfants de 4 ans avec un compagnon

imaginaire, il y avait un plus grand potentiel de créativité, ces enfants se décrivant avec une meilleure faculté à avoir de nouveaux amis, se sentant différent des autres, mais présentant un niveau de bien être psychologique et un score de l'image de soi plus bas, sans augmentation significative des signes de souffrance psychique en comparaison avec ceux qui ne témoignaient pas de compagnon imaginaire (56).

## **(2) Prévalence**

La prévalence d'un compagnon imaginaire chez les enfants diffère selon les études et leur méthode.

Taylor et collaborateurs (57) en interrogeant des enfants de 6 et 7 ans et leurs parents, mettent en évidence que 65 % des enfants rapportent l'existence d'un compagnon imaginaire, et que 20% des parents d'enfants rapportant la présence d'un compagnon imaginaire ignoraient la présence de ce dernier.

Hoff et collaborateurs (56), avec des auto-questionnaires chez des enfants de 4 ans, ont décrit que 52% d'entre eux témoignent de la présence d'un compagnon imaginaire. Pearson et collaborateurs (58), montrent chez 1795 enfants âgés de 5 à 12 ans, une prévalence de 28% pour la présence actuelle de compagnons imaginaires et de 46,2% pour la présence actuelle ou passée d'un compagnon imaginaire.

On observe une stabilité entre 5 et 9 ans du pourcentage d'enfants rapportant un compagnon imaginaire présent (33 à 43%) puis une diminution rapide jusque 12 ans (Figure 1).

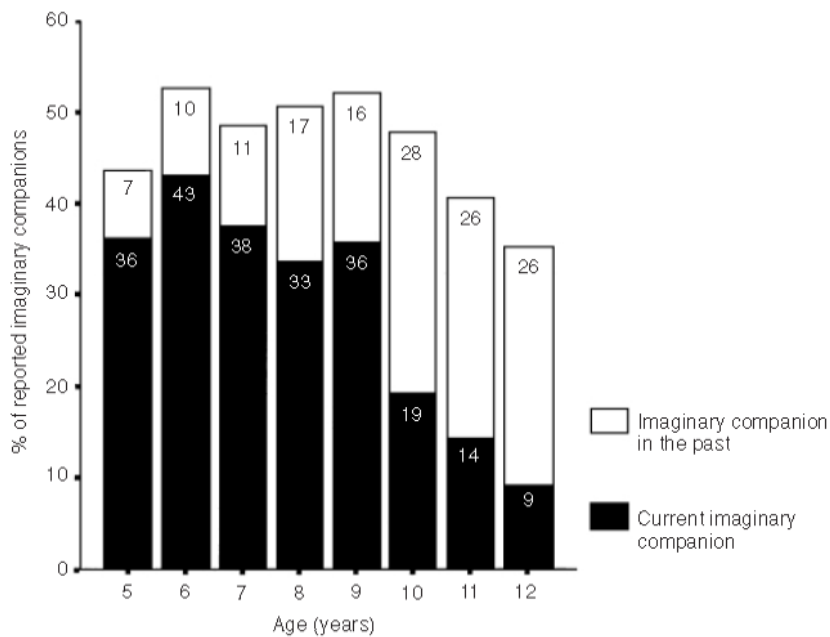


Figure 1 : Distribution selon l'âge du pourcentage de sujets rapportant des expériences de compagnon imaginaire au passé (imaginary companion in the past) et au présent (current imaginary companion) (58).

Parmi les études se basant sur des questionnaires parentaux, Bouldin et collaborateurs (53) ont retrouvé que chez 478 enfants âgés de 3 à 8 ans, 7 % d'entre eux avaient un ou plusieurs compagnons imaginaires actuels, et 10% en avait eu un ou plusieurs par le passé. Moriguchi et collaborateurs (59), ont montré une faible prévalence, s'élevant à 3,9% et 4,3%, respectivement pour les compagnons imaginaires actuels et passés chez des enfants de 2 à 9 ans.

### **b) Les hallucinations hypnopompiques et hypnagogiques**

Les hallucinations hypnagogiques surviennent immédiatement avant l'endormissement et les hallucinations hypnopompiques pendant la phase transitionnelle entre le sommeil et le réveil. Ohayon et collaborateurs (60) ont montré que ces hallucinations étaient présentes respectivement chez 25% et 18% des sujets âgés de plus de 15 ans dans la population générale, la prévalence diminuant à l'âge adulte.

### **c) Autres expériences hallucinatoires bénignes**

Les expériences hallucinatoires ont été décrites comme pouvant se situer le long d'un continuum allant du normal au pathologique, soulignant une vulnérabilité aux expériences

occasionnelles de sons sans source clairement identifiable, et parfois des expériences brèves de voix (61,62).

Heuer a décrit en 1922 le délire de rêverie, repris par Laroï et collaborateurs (63). Il surviendrait entre 4 et 14 ans et évoluerait par bouffées processuelles. L'enfant vivrait dans un rêve continu, automatique et involontaire, sans conviction absolue et avec des thèmes fluctuants inspirés de l'environnement scolaire ou télévisuel.

Les bruits de pas et de porte isolés peuvent également être des expériences hallucinatoires bénignes chez les enfants et adolescents, si elles se produisent en l'absence de voix (14).

### **3. Facteurs favorisant environnementaux**

Les hallucinations de l'enfant et l'adolescent sont étroitement intriqués avec de nombreux facteurs environnementaux (64) dont culturels (9,65).

L'association entre des traumatismes infantiles et la survenue d'expériences psychotiques cliniques et subcliniques a été retrouvée dans de nombreuses études (42,66–74). Des événements traumatiques interviennent fréquemment aux alentours du moment d'apparition d'HAV tandis que des événements de vie positifs (investissement de relation avec des pairs, diminution des conflits familiaux, apprentissage de gestion des émotions... etc.) sont significativement associés à la diminution et la discontinuité des voix (42).

Plusieurs modèles théoriques tentent d'expliquer ce lien entre la symptomatologie clinique psychotique et le traumatisme infantile. Certains auteurs le décrivent comme la persistance d'expériences psychotiques subcliniques survenues initialement, compliquées par une idéation délirante résultant d'un besoin de soin (45,46,70,75,76). L'intrusion du traumatisme, l'impact des expériences hallucinatoires et l'influence de facteurs émotionnels peuvent également expliquer ce mécanisme (42,47,77). De plus, l'exposition à des événements

de vie stressants durant l'enfance augmenterait l'aspect intrusif des expériences hallucinatoires, risquant d'augmenter le risque d'idéation délirante secondaire (35).

La théorie de l'attachement soutient qu'un style d'attachement insécure puisse être associé à moins de relations inter-personnelles, et moins de modèles intégratifs, prédisposant les individus à des expériences et perceptions anormales (78). Le modèle neurodéveloppemental traumagénique, lui, décrit des processus biologiques et psychosociaux, montrant des anomalies cérébrales identiques chez des adultes atteints de schizophrénies et des enfants traumatisés (79).

Non seulement la survenue d'un traumatisme infantile augmenterait le risque de développer une symptomatologie psychotique, mais cette augmentation se ferait avec un effet dose-réponse (73), et il y aurait une relation bidirectionnelle entre le traumatisme et les expériences psychotiques, chacun pouvant prédire l'autre de façon indépendante (38).

Différents types de traumatismes mis en lien avec l'émergence d'expériences psychotiques et hallucinatoires chez les enfants et adolescents ont été décrits. Ces traumatismes peuvent être des violences sexuelles ou physiques commises par un parent ou une figure parentale (78,80,81) ; ou des maltraitances physiques, émotionnelles et de la négligence infantile (67,71,81,82). Ces traumatismes endurés pendant l'enfance seraient également prédictifs d'émergence de symptômes psychotiques à l'âge adulte (69).

La survenue d'expériences psychotiques peut être favorisée par des événements de vie stressants (83–85) tels que des deuils ou séparations (86) ; un chômage des parents (87) ; des tensions intrafamiliales ; ou des difficultés en lien avec l'école (harcèlement, difficultés d'apprentissages ou dans le rapport avec l'enseignant) (44).

Le milieu urbain a également été mis en avant par de nombreux auteurs comme un facteur de risque de développer des troubles psychotiques durant l'enfance (45,88–90). Bartels et collaborateurs (26) ont montré que parmi des enfants âgés de 7 à 8 ans, il y avait une

prévalence plus élevée d'HAV chez ceux habitant en milieu rural, alors qu'en milieu urbain, les symptômes étaient plus sévères, avec un retentissement et un pronostic plus sombres.

D'autres facteurs de risque ont été mis en évidence, tels qu'un faible poids de naissance, un quotient intellectuel bas, un niveau plus faible de théorie de l'esprit (90) ; des facteurs de risque pré et péri-nataux (91) et un retard de développement (92). Dolphin et collaborateurs (87) décrit chez 5910 adolescents irlandais que le niveau d'éducation, des troubles émotionnels et une faible estime de soi étaient aussi significativement associés à la présence d'expériences d'allure psychotiques.

Des auteurs ont souligné l'importance de la relation entre le risque de transition vers un trouble psychotique avéré, et l'effet additif de facteurs de risque (41,45) tels que l'utilisation de cannabis, les traumatismes et le milieu urbain. Les facteurs les plus fréquemment associés à la persistance des hallucinations à l'adolescence sont la fréquence de survenue du symptôme (42), leur tonalité négative, la composante d'automatisme mental (32), l'existence de comorbidités (44) et un plus faible niveau de fonctionnement global basal (27).

#### **4. Facteurs génétiques**

De nombreuses recherches ont également établi un lien entre certains facteurs génétiques et l'émergence d'hallucinations (93). Le fait d'avoir des antécédents familiaux psychiatriques est un facteur de risque de développer des expériences hallucinatoires (89,94).

Une étude s'intéressant à une population de jumeaux âgés de 12 à 19 ans, a montré que 33% de la variabilité des expériences hallucinatoires était due à des différences génétiques, avec un écart résiduel attribuable à des influences environnementales particulières (18). Mac Grath (95) a décrit une héritabilité de la dimension hallucinatoire dans la schizophrénie s'élevant à 43%. Par ailleurs, les jumeaux monozygotes semblent présenter plus d'expériences psychotiques que les jumeaux dizygotes (90).



Plusieurs modèles théoriques ont été décrits dans la littérature. On peut citer celui de l'implication des émotions avec le système sérotoninergique ; celui du système dopaminergique ; et celui du langage (93).

Le système sérotoninergique a été proposé comme modulateur du lien entre les réactions émotionnelles et les HAV. Le gène du transporteur de la sérotonine *5-HTT* a un rôle dans la recapture de la sérotonine libre, et donc de sa concentration, au niveau de l'espace synaptique. L'allèle long *5-HTT (L)* est associé avec une augmentation de l'activité transcriptionnelle du gène et donc avec l'intensité d'HAV (96). L'implication de l'allèle court (*S*) du gène *5-HTT* est quant à lui spécifiquement en lien avec l'augmentation des réactions et détresse émotionnelle en présence d'hallucinations (97). Rivero et collaborateurs (98) ont établi un lien entre des polymorphismes du gène transporteur de la sérotonine et les hallucinations chez des patients adultes atteints de schizophrénie.

L'hypothèse dopaminergique propose qu'une hyper-activation de la transmission dopaminergique au niveau méso-limbique entraîne l'émergence d'éléments délirants et hallucinatoires (93). Des études ont mis en avant l'association entre la présence d'hallucinations et le polymorphisme du gène *CCK-AR*, codant pour le récepteur *CCK-AR* de la cholecystokinine (peptide cérébral avec action modulatrice dans le relargage dopaminergique au niveau central) (99,100).

Il a été reconnu que les zones cérébrales du langage sont activées lors de production d'hallucinations acoustico-verbale. Le gène *FOXP2* a une implication dans les troubles du langage et le système de langage neural, codant pour un facteur de transcription. Des études ont montré un lien entre un polymorphisme de *FOXP2* et la présence d'hallucinations (101). De plus, des interactions gène-environnement étaient récemment démontrées, avec un lien significatif entre les génotypes spécifiques de *FOXP2*, une histoire d'abus par les parents durant l'enfance, et les expériences d'HAV (102).

Le gène *FOXP2* a aussi une implication dans la plasticité cérébrale. Son atteinte pourrait

être mise en lien avec l'hypothèse de la dysconnectivité cérébrale de la schizophrénie, dont le principe est qu'il existe un défaut de connexion entre les différentes aires cérébrales, entraînant une intégration fonctionnelle anormale des systèmes neuronaux spécialisés (93) et donc une production hallucinatoire.

## **D. Epidémiologie**

Les hallucinations, uni ou multimodales, sont fréquemment observées dans la population pédiatrique, qu'elle soit clinique ou non (103).

### **1. Prévalence des hallucinations précoces en population générale**

#### **a) Etudes transversales**

De nombreuses études se sont intéressées à la prévalence des hallucinations et expériences psychotiques chez les enfants et adolescents. La prévalence des hallucinations varie entre autre selon les modalités hallucinatoires et l'âge de la population étudiée.

#### **(1) De 5 à 8 ans**

Des auteurs ont montré récemment dans une étude dans la région du Nord - Pas de Calais, en France, que chez des enfants âgés de 5 à 7 ans, 15,5% d'entre eux présentaient des hallucinations auditives, 12,5% des hallucinations visuelles, et 5,8% multisensorielles, auditives et visuelles. Ainsi la hiérarchie des modalités sensorielles hallucinatoires est respectée, avec une prévalence plus importante pour les hallucinations uni-sensorielles lorsque les sujets sont plus jeunes (39). Bartels et collaborateurs (26), ont décrit chez des enfants âgés de 7 et 8 ans une prévalence d'HAV de 9%.

## **(2) De 9 à 12 ans**

Poulton et collaborateurs (41) retrouvent des hallucinations chez 13,2% des enfants, âgés de 11 ans, contre 8% dans une autre étude s'intéressant à des enfants du même âge (104). Dans une étude japonaise auprès d'enfants âgés de 11 et 12 ans, la prévalence était de 21% pour des expériences hallucinatoires avec une différenciation selon les modalités : 9,2% pour les hallucinations auditives seules, 5,5% pour les hallucinations visuelles seules et 6,6% pour les hallucinations multisensorielles auditives et visuelles (24).

Des travaux se sont intéressés plus généralement aux expériences psychotiques, avec la présence d'hallucinations de différentes modalités et d'idées délirantes. Une méta-analyse a mis en évidence une prévalence médiane d'expériences psychotiques de 17% (14,7% à 35,5%) chez des enfants âgés de 9 à 12 ans (36). Laurens et collaborateurs (105), ont décrit que 2/3 des enfants âgés de 9 à 11 ans ont expérimenté au moins une expérience psychotique.

## **(3) De 13 à 21 ans**

Altman et collaborateurs (106) ont mis en évidence que 33% des adolescents âgés 13 à 21 ans rapportaient une expérience hallucinoïde, parfois associée à des expériences dissociatives. Kelleher et collaborateurs (36) dans leur méta-analyse, ont montré une prévalence médiane d'expérience psychotique s'élevant à 7,5% chez des adolescents âgés de 13 à 18 ans. , tandis que dans une population d'adolescents australiens âgés de 14 à 17 ans, 14% rapportaient avoir eu des hallucinations auditives et 10,6% des hallucinations visuelles sur la dernière année (107).

### **b) Etudes longitudinales**

La prévalence des hallucinations au long cours varie selon les études longitudinales. D'après une revue systématique, la sévérité des hallucinations était significativement associée à leur persistance à moyen et long terme (108).

Bartels-Veltuis et collaborateurs (26,30,31) ont retrouvé une prévalence de 9% d'HAV

chez les enfants de 7 et 8 ans (T0). 5 ans plus tard (T1), à 12 et 13 ans, 76% de ces enfants présentaient une rémission de ces hallucinations. 11 ans plus tard (T2), ce taux de rémission s'élevait à 88%.

Une étude a montré que 6% des adolescents âgés de 11 à 18 ans présentaient des hallucinations, à majorité auditive (5%). 8 ans plus tard, les hallucinations persistaient avec une proportion égale entre les modalités auditives et verbales chez 3% d'entre eux, alors âgés de 19 à 26 ans (21). Une prévalence similaire a été retrouvée par De Loore et collaborateurs (34) chez des adolescents âgés de 13 et 14 ans, avec des HAV présentes chez 5% d'entre eux, persistant après 2 ans dans 27% des cas.

## **2. Prévalence des hallucinations précoces en population clinique**

Simon et collaborateurs (27), dans une étude s'intéressant à des adolescents en ambulatoire, a montré qu'environ 33% d'entre eux déclaraient avoir des hallucinations subcliniques. Après un an de suivi, il y avait une rémission totale des hallucinations pour 53% d'entre eux, et une rémission partielle pour 14%. Les hallucinations visuelles et auditives étaient les plus fréquentes. Chez plus de la moitié des jeunes présentant des hallucinations, celles-ci étaient multimodales, associant plus fréquemment des hallucinations auditives et visuelles.

Une étude s'est intéressée à la prévalence des hallucinations et autres symptomatologie psychotique chez des enfants âgés de 6 à 16 ans ayant un diagnostic de trouble bipolaire de type 1. 38,9% des sujets présentaient des hallucinations, principalement visuelles (16%), et 43,6% des expériences hallucinatoires « bénignes » (principalement un compagnon imaginaire, entendre leur nom, des bruits, ou des hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques) (109).

David et collaborateurs (23) se sont intéressés à la prévalence des hallucinations chez 117 enfants et adolescents âgés de 6 ans ½ à 17 ans ayant reçu un diagnostic de schizophrénie à début très précoce (SDTP, définie par un début des troubles psychotiques

avant 13 ans). Les auteurs ont mis en évidence que 95% des sujets rapportaient des HAV, 80,3% des hallucinations visuelles, 60,7% des hallucinations tactiles / cénesthésiques, et 30% des hallucinations olfactives (cf figure 2). Cependant, la majorité des hallucinations décrites étaient multisensorielles, dont 27% des sujets avec l'ensemble des modalités sensorielles. On notait une relation inversement proportionnelle entre le QI verbal et la présence d'hallucinations visuelles, tactiles et olfactives. Les hallucinations olfactives et tactiles / cénesthésiques n'étaient par ailleurs exprimées qu'en présence d'hallucination visuelles, le pronostic étant défavorable en leur présence. La présence supplémentaire d'hallucinations visuelles était par ailleurs associée à une atteinte développementale plus sombre (110).

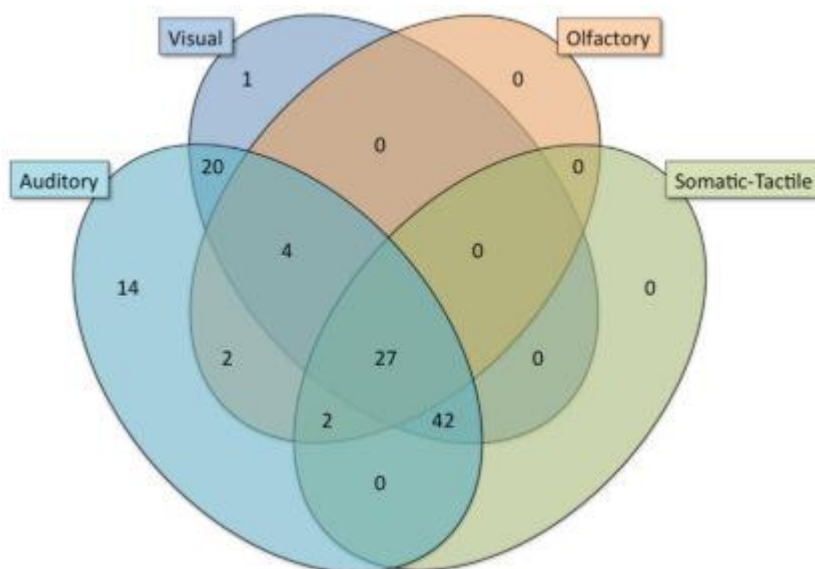


Figure 2 : Modalités hallucinatoires dans la cohorte des enfants à schizophrénie précoce (Childhood Onset Schizophrenia COS) de l'institut national des maladies mentales (National Institute of Mental Health, NIMH) selon David et collaborateurs (23).

## E. Modèles théoriques

### 1. Psychopathologie psychodynamique

Le concept d'hallucination a été peu étudié par les psychanalystes, bien que Freud l'ait largement investi (111). Selon Freud, la présence d'hallucinations chez des sujets non psychotiques serait une continuité avec le sentiment d'étrangeté (112). Le sujet, par l'intensité du ressenti d'étrangeté issu des différences entre les réalités interne et externe, réagit selon différents gradients de psychose, entraînant la construction de délires, qui, selon un effort désespéré de justification et de reprise en main du sujet par lui-même, constituent ce que Freud a appelé une « tentative de guérison ».

Henry Ey propose la théorie de l'organodynamisme, désirant englober l'inconscient et l'organe cérébral dans le fonctionnement de l'appareil psychique. L'hallucination, dans son rôle révélateur de l'inconscient, dévoile la structure hiérarchisée du cerveau et l'importance du conscient sur l'inconscient. Cette théorie se veut donc à l'encontre de la théorie mécaniste explicative pure, représentée par De Clérambault mais également contre la vision psychodynamique pure, où Freud voudrait limiter ce phénomène à une poussée de l'inconscient dans le champ du conscient, par nécessité d'expression. Henry Ey ne dément donc pas le rôle de l'inconscient d'où se constitueraient les images des hallucinations, ces dernières émergeant d'une dissolution du conscient (16).

Lebovici et Racamier rapportés par Laroï et collaborateurs (63), considèrent les hallucinations pour le premier comme des « comportements délirants » dont il souligne la valeur défensive momentanée, et pour le second comme le résultat d'une angoisse intense, précipitant le sujet dans la psychose, d'où émane d'un conflit intrapsychique ancien, réactualisé, dont le délire est une solution qui permet de préserver la capacité de penser.

Selon Lacan (113), « *ce qui est forclos du champ symbolique revient sous forme hallucinatoire dans le réel* ». Il considère ainsi que c'est le signifiant qui joue un rôle

fondamental dans ce processus. L'expérience de l'hallucination est donc toujours liée pour lui à un discours, et non à un objet, ou à un organe sensoriel. Ceci fait écho à la théorie de « *l'inner speech* », décrite par Levine et collaborateurs, et repris par Jones et Fernyough (54) comme « *le phénomène subjectif de se parler à soi-même, en développant une image auditive d'un discours sans émettre de son* », ou une « *voix dans sa tête* », pouvant expliquer l'émergence l'HAV. Une limite de l'hypothèse de Lacan serait cependant de ne pas expliquer la survenue des autres modalités hallucinatoires.

La réalité de l'hallucination pour le sujet dépend de la manière dont il va réussir à l'attribuer à quelqu'un. À défaut de pouvoir être le sujet de l'énonciation, le sujet halluciné va commettre une erreur d'attribution qui est à l'origine du sentiment qu'il éprouve d'être victime d'une moquerie (114).

Devant le manque de modèle psychanalytique conséquent, G. Gimenez a proposé 5 modèles psychodynamiques de l'hallucination : la reviviscence d'une perception antérieure par décharge ; la projection d'une sensation corporelle ; le retour sous une forme perceptive d'une représentation rejetée ; l'hallucination comme défense et reconstruction ; et l'hallucination comme rêve (111). Il a élaboré un modèle de l'hallucination psychotique autour de la notion centrale de « travail de l'hallucination », qui est un ensemble de transformations effectuées sur une représentation ou un scénario intolérable, non élaborable, rejeté par le sujet et appréhendé « comme une perception ». Plusieurs mécanismes sont décrits (115) :

- la « figuration », transformant une pensée potentielle rejetée en image ;
- la « projection », image appréhendée comme étrangère (xénopathie), la différenciant d'une image mentale ;
- la « mise en suspens du jugement d'existence », appréhendant l'image venant du dehors comme une perception ;
- la « mise en suspens du jugement de réalité » amenant le sujet à conclure que ce qu'il voit existe ;

- la « démétaphorisation » consistant à supprimer la dimension abstraite d'un scénario intolérable ;
- et la « descénarisation », agissant sur le degré de construction de l'hallucination.

## **2. Modèles cognitifs et liens avec la psychopathologie**

### **a) Mécanismes perceptifs**

Dans les mécanismes perceptifs, plusieurs théories sont décrites pour expliquer l'origine des expériences hallucinatoires.

#### **(1) Théorie « Bottom up »**

La théorie « *bottom up* » s'appuie sur le principe que les hallucinations seraient la conséquence de dysfonctionnements dans les premières étapes du traitement de l'information sensorielle (116). Les expériences hallucinatoires seraient alors des percepts sans objet produits par le cerveau, compensant dans la même modalité un déficit sensoriel (117). Par ailleurs, selon Bell et collaborateurs (118), les patients avec idées délirantes montrent un biais de raisonnement du type « *jumping to conclusions* », qui se caractérise par une tendance à baser ces décisions sur moins d'indices ou d'éléments de preuve par rapport aux sujets sains mais avec un degré de confiance accru.

#### **(2) Théorie « Top down »**

D'après la théorie du « *top-down* », notre perception du monde serait influencée par nos aptitudes et schémas cognitifs, décrivant le monde d'après notre reconstruction de la réalité, et produisant une imagerie mentale (116). Ainsi, il y aurait le phénomène de « gain d'imagerie » (dominance de l'imagerie mentale du facteur « *top-down* » sur l'information sensorielle dans la théorie « *bottom-up* »), expliquant la confusion du sujet entre une perception réelle et imaginée, produisant ainsi une expérience hallucinatoire. Ce phénomène serait corrélé à la sévérité des hallucinations (117).



## **b) Mécanismes cognitifs**

Le modèle du défaut d'attribution de la source décrit une confusion dans l'identification de l'origine d'une action ou d'une pensée chez une personne présentant des hallucinations. Ainsi, les HAV peuvent être considérées comme un langage produit intérieurement par le sujet, mais reconnu par ce dernier comme provenant d'une source externe (une voix étrangère), et non autoproduit (93,119). Les hallucinations sensorielles et intrapsychiques seraient donc la non-reconnaissance par les sujets de leur pensée comme propre à eux-mêmes (120).

Ce modèle théorique concerne les étapes de traitement conscient de l'information (les jugements d'attribution) permettant de déterminer l'origine d'une information mais également les niveaux de traitement préconscient (agentivité pré-réflexive), c'est-à-dire la détermination automatique préconsciente de l'initiateur de l'action. L'agentivité pré-réflexive reflète une expérience immédiate de « soi » dans l'action, différenciant nos propres actions de celles produites par autrui, contribuant au phénomène subjectif de « conscience de soi » (117).

Ce phénomène de conscience de soi est important dans le développement de l'enfant.

- dès 6 semaines de vie, une protoconscience de soi semble déjà présente, le nourrisson discriminant une stimulation péri-orale auto-générée d'une autre extérieure au corps (121) ;
- à 9 mois, il acquiert l'attention partagée avec autrui, manifestant de plus en plus d'attentes sociales ;
- vers 18 mois se développe une co-conscience du soi, avec le début des jeux du « faire semblant » permettant d'intégrer et rejouer de situations interactives propres aux relations humaines ;
- vers l'âge de 4-5 ans, se développe la théorie de l'esprit du premier ordre, avec l'attribution d'états mentaux à lui-même et aux autres ;
- puis vers 7-9 ans, l'enfant développe la théorie de l'esprit du 2<sup>ème</sup> ordre, avec la capacité à inférer les méta-représentations d'autrui.

Une étude s'est intéressée aux performances de la théorie de l'esprit en comparant un groupe d'enfants sains, un groupe d'enfants ayant reçu un diagnostic de SDTP et un groupe d'enfants présentant un autisme de haut-niveau. En comparaison au groupe d'enfants sains, les groupes d'enfants souffrant de SDTP et ceux avec un autisme de haut niveau montraient un déficit des performances de théorie de l'esprit. En comparaison aux enfants avec autisme, ceux souffrant de SDTP avaient de meilleures performances sur la tâche de tromperie. En analysant les résultats dans le groupe d'enfants souffrant de SDTP, leur score le plus bas était dans les tâches de fausse croyance (122). Polanczyk et collaborateurs (90) ont confirmé ces résultats en montrant, dans une étude prospective une diminution de la performance en théorie de l'esprit à l'âge de 5,7 ans chez des enfants avec syndrome psychotique (dont des HAV).

Une étude de Bartels-Velthuis (30), s'est intéressée au rôle de la théorie de l'esprit dans le processus de formation du délire chez des préadolescents de 12 et 13 ans avec HAV. Les auteurs suggèrent que de meilleures capacités de mentalisations offrent une protection contre les formations délirantes chez les enfants ayant des expériences d'anomalies de perception. En effet, Pignon et collaborateur (39) ont montré qu'un défaut d'acquisition de théorie de l'esprit de premier et second ordre était significativement associé à la présence d'HAV et d'hallucinations visuelles chez des enfants de 5 à 7 ans.

La confusion soi/autrui est corrélée à la sévérité des symptômes positifs de schizophrénie(14,123), le modèle de co-conscience du soi étant par ailleurs validé par des résultats d'IRM (cf paragraphe sur l'imagerie cérébrale), avec l'hypothèse d'une implication de systèmes de neurones miroirs dans ce modèle : les « *like me mecanism* » (120,123).

Morrison et collaborateurs (124) proposent que les croyances métacognitives d'un sujet puissent influencer l'interprétation qu'il fait de ses pensées intrusives. Ainsi, la dissonance cognitive et le ressenti négatif, produits par le décalage entre ses croyances et la survenue d'une pensée intrusive et incontrôlable, entraîneraient une attribution de ses pensées à une source extérieure, et provoqueraient l'apparition d'une hallucination (117).

Selon le modèle cognitif des croyances sur l'hallucination, un élément activateur (l'hallucination) entraînerait des croyances développées sur ces hallucinations, et ces croyances provoqueraient elles-mêmes des conséquences émotionnelles et comportementales ayant un effet rétro-actif sur les hallucinations. Ainsi, dans les HAV, les croyances et interprétations portant sur l'omnipotence des voix et leur caractère malveillant entraîneraient des réactions affectives et comportementales, influençant elles même les hallucinations(117). Debbané (125,126) a mis en évidence une relation dynamique entre l'anxiété, les croyances métacognitives et la symptomatologie hallucinatoire et délirante chez l'adolescent, avec une relation bidirectionnelle entre l'anxiété et les hallucinations.

### **c) Mécanismes affectifs**

Le rapport entre les expériences hallucinatoires et le processus affectif sont présents à plusieurs niveaux : en amont de l'expérience, comme facteur précurseur, et en aval, comme facteur de maintien de l'hallucination (117).

Les hallucinations peuvent être associées à une valence émotionnelle négative et positive. La valence négative est caractérisée par une anxiété, une tristesse, un sentiment de solitude ou d'agression et de résistance aux voix lorsque les expériences hallucinatoires sont vécues comme malveillantes et intrusives (127). Des études s'intéressant à cette valence négative mettent en avant la prédiction du caractère psychotique de l'hallucination lorsqu'elle est présente (128). De plus, la valence négative associée à des HAV est plus fréquemment observée chez des sujets sollicitant l'aide de professionnels (127,129). Les hallucinations avec valence positive sont vécues comme bienveillantes, peu intrusives, souvent associées à des expériences délirantes de grandeur, et sont observées dans plusieurs pathologies chez l'adulte. Leur caractère positif peut cependant créer une limite dans l'accès et la pérennité des soins psychiatriques chez ces patients (117).

Mertin et O'brien (25) ont montré que les HAV chez des enfants non-psychotiques sont

significativement associées à la présence de hauts niveaux de détresse émotionnelle. Les hallucinations seraient alors issues d'une forte excitation limbique, entraînant un échec dans le contrôle de la réalité chez ces sujets.

Des études ont émis l'hypothèse d'une influence réciproque entre les hallucinations et les mécanismes affectifs. Les affects négatifs tels qu'une humeur dépressive ou un trouble anxieux, seraient à la fois la conséquence d'expériences hallucinatoires, et la source d'une aggravation de ces symptômes délirants (117). Pour appuyer cette hypothèse, une étude a décrit chez l'enfant et l'adolescent que des expériences hallucinatoires pouvaient apparaître lors de la survenue d'évènements de vie stressants ou d'anxiété, et s'amender lors de leur apaisement (130).

### **3. Apports de l'imagerie cérébrale**

#### **a) Études morphologiques**

L'analyse par IRM cérébrale a permis de mettre en évidence certains modèles explicatifs de l'émergence d'hallucinations chez des sujets avec schizophrénie (49).

Des études s'intéressant à la morphologie corticale et comparant des sujets souffrants d'hallucinations à des sujets sains, ont décrit dans les zones cérébrales impliquées dans des perceptions sensorielles, telles que la perception auditive ou les zones du langage, une diminution de l'épaisseur corticale non proportionnelle à la sévérité de l'expérience hallucinatoire et une diminution significative de la gyrification de ces aires cérébrales.

#### **b) Études de l'état hallucinatoire**

Des études se sont intéressées à l'état hallucinatoire, c'est-à-dire à l'activation de zones cérébrales en IRM fonctionnelle (IRMf) lors de la survenue d'hallucinations en comparaison à des périodes de « repos » (i.e., sans hallucinations). Ces études ont mis en évidence qu'il y avait un recrutement plus important des cortex sensoriels et associatifs lors de la survenue

d'hallucinations auditives, visuelles ou audio-visuelles (120,131).

Chez des patients adultes souffrant de schizophrénie, il y a lors des hallucinations auditives des activations temporales internes, au niveau du complexe hippocampique et du cortex insulaire, montrant que les processus émotionnels sont également mis en jeu, étayant l'hypothèse du modèle théorique affectif impliqué dans la survenue d'hallucinations (117). Une méta-analyse regroupant les études en IRMf et en tomographie par émission de positons (TEP) de l'état hallucinatoire chez des sujets adultes souffrant de schizophrénie, a montré l'implication des régions de perception et de production verbale, ainsi que des aires de la mémoire (hippocampe/para-hippocampe) lors de la survenue d'HAV (123).

Dans la population adolescente, une étude d'IRM multimodale a pu être conduite à Lille chez des adolescents âgés de 11 à 16 ans ayant présenté un épisode psychotique bref et souffrant d'hallucinations auditives, visuelles et multi-sensorielles. Elle confirme l'augmentation du signal BOLD<sup>1</sup> avec une association sensorielle corticale modalité-dépendante pendant les expériences hallucinatoires. Lors d'hallucinations visuelles, s'activaient ainsi de façon bilatérale le cunéus, le gyrus fusiforme et le gyrus lingual. Les HAV étaient associées à l'activation des régions de perception (aire de Wernicke) et de production verbale (aire de Broca et l'insula). En explorant les conditions neurodynamiques du mode de connexion par défaut (*Default mode network*, DMN) et les cortex associatifs sensitifs pendant les hallucinations, les auteurs montrent une instabilité spatiale et temporelle du DMN corrélée avec une sévérité des hallucinations et une persistance durant la période sans symptôme. Jardri et collaborateurs (120) ont ainsi mis en évidence que les expériences hallucinatoires étaient associées à une hyperactivation du cortex associatif sensoriel et une désactivation du réseau DMN.

---

<sup>1</sup> Le signal BOLD (Blood Oxygen Level Dependent effect) est la mesure indirecte des variations de degré d'oxygénation sanguine des neurones en fonction de leur activité. Plus un neurone, et donc une aire cérébrale, a une activité électrique importante, plus sa consommation en oxygène(O<sub>2</sub>) augmente, donc plus le signal BOLD augmente.

### **c) Etudes du trait hallucinatoire**

Concernant l'apport de l'imagerie cérébrale dans la compréhension des erreurs d'attribution, une méta-analyse (123) s'est intéressée au trait hallucinatoire chez des adultes avec schizophrénie, montrant les bases neurales en lien avec la susceptibilité à halluciner chez un individu. Elle a mis en évidence des variations d'activation fonctionnelle au niveau des lobes temporaux, notamment dans les aires impliquées dans le codage de la voix humaine et du langage intérieur, et une sur-activation du gyrus cingulaire antérieur, structure impliquée dans la détection d'erreurs de prédiction indiquant la nature interne ou externe de la source d'un stimulus. Ces dysfonctionnements pourraient expliquer le fait que les patients vivaient comme une intrusion une expérience hallucinatoire, percevant réellement une stimulation (telle une voix) produite intérieurement mais non reconnue comme telle. Concernant le langage, des travaux ont permis de corréliser son implication dans les hallucinations avec une asymétrie anatomique cérébrale ou un défaut de latéralisation dans la schizophrénie (93,132).

## **F. Étiologies devant des hallucinations précoces**

Les étiologies d'une symptomatologie hallucinatoire chez l'enfant et l'adolescent sont multiples : psychiatrique, neurologique, génétique, endocrinologique, métabolique, inflammatoire ou toxique. Le diagnostic doit se fonder sur un examen clinique complet et une exploration para-clinique adaptée (cf paragraphe évaluation diagnostique).

Ainsi, Vareilles et collaborateurs (94) montrent que chez des enfants de moins de 15 ans se présentant aux urgences psychiatriques pour motif d'hallucinations, 43% sujets avaient un diagnostic d'origine étiologique non psychiatrique, et 69% avaient des hallucinations associées à d'autres symptômes non psychiatriques.

## 1. Psychiatriques

Les hallucinations d'origine psychiatrique ont été décrites comme d'une durée plus longue, et majoritairement auditives chez des enfants âgés de plus de 10 ans avec des antécédents personnels hallucinatoires et familiaux psychiatriques. Les hallucinations auditives et récurrentes étaient plus souvent associées à une cause psychiatrique (94). D'une façon plus générale, les expériences hallucinatoires chez l'enfant et l'adolescent sont associées à un plus grand nombre de diagnostics psychiatriques concomitants. Kelleher et collaborateurs (2014 ; 2012) rapportent en moyenne 3 diagnostics de l'axe 1 du DSM IV chez des sujets âgés de 11 à 15 ans décrivant des expériences d'allure psychotiques, et une relation linéaire entre un début précoce de la symptomatologie hallucinoïde et le nombre de troubles psychiatriques diagnostiqués. De plus, la présence d'hallucinations aurait une valeur prédictive positive de développer des troubles non-psychotiques dans la population générale adolescente (36,133). Selon Dhossche et collaborateurs (21), le risque de présenter un trouble non psychotique (DSM-IV–Axe I) est environ quatre fois plus élevé chez les adolescents avec des hallucinations que chez leurs pairs sains. Bartels et collaborateurs (35) ont montré que le risque de développer d'autres symptômes psychiatriques en présence d'hallucination était plus faible à l'âge de 7-8 ans, en comparaison à l'âge de 12-13 ans.

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux liens entre certaines caractéristiques des expériences hallucinatoires et les troubles psychiatriques. D'après Guidi et Poinso (134) les hallucinations auditives simples, élémentaires, familières, transitoires et rassurantes sont moins fréquemment associées à une évolution psychotique que des hallucinations menaçantes, avec plusieurs voix, non critiquées, récurrentes, survenant chez des enfants de plus de 10 ans avec des troubles des conduites. Yoshizumi et collaborateurs (24), eux, décrivent que les sujets avec des hallucinations multimodales (HAV et visuelles) avaient des scores significativement plus élevés de troubles anxieux et expériences dissociatives que ceux ayant une seule modalité

hallucinatoire ou aucune hallucination. De plus, lorsque les hallucinations visuelles avaient un contenu concret, les niveaux de dépression et de dissociation chez le sujet étaient plus élevés que chez ceux présentant un contenu hallucinatoire abstrait. Askenazy et collaborateurs (32) précisent dans leur étude longitudinale, le nom de l'enfant appelé par une voix dans les HAV, les sujets souffriraient plus souvent de troubles psychiatriques non-psychotiques.

#### **a) La schizophrénie à début très précoce**

La SDTP est définie par l'apparition de trouble psychotique avant l'âge de 13 ans. C'est une forme rare et sévère de trouble présentant un continuum neurobiologique et physiologique avec les débuts de la schizophrénie chez l'adulte. Environ 4% des troubles psychotiques d'ordre schizophrénique débutent avant l'âge de 15 ans, et de 0,5 à 1 % avant l'âge de 10 ans, avec 1 enfant sur 10 000 développant un trouble psychotique (135).

Les caractéristiques cliniques la SDTP sont différentes de la schizophrénie débutant après l'âge de 14 ans. En comparant un groupe de sujets ayant développé une SDTP et une autre groupe une schizophrénie après 20 ans, Missaoui et collaborateurs (136) ont montré que dans le groupe présentant une SDTP, la gravité et la sévérité de la symptomatologie psychotique était significativement plus importante, avec une prédominance de symptômes négatifs. Ces derniers résultats corroborent l'étude de Remschmidt et collaborateurs (135), montrant que 32,9 % des sujets présentaient des symptômes négatifs, alors que 12,7 % présentaient des signes positifs. D'un point de vue de la symptomatologie hallucinatoire, elle est présente chez la quasi-totalité des patients atteints de SDTP, avec une prédominance multisensorielle (23).

Afin de mieux repérer les enfants à risque de développer cette pathologie, des auteurs mettent en avant la nécessité d'évaluer la présence d'hallucinations, d'expériences perceptives atypiques ; d'idées délirantes ; de vécu persécutif ; d'un retard psychomoteur et de langage ; d'un repli social ; de bizarreries ; d'émoussement de l'humeur ; de troubles de la concentration, voire de risque addictif (14,92).



## **b) Etiologies psychiatriques non-psychotiques**

Les étiologies psychiatriques non psychotiques peuvent être isolées, ou associées entre elles ou avec des troubles psychotiques.

### **(1) Troubles anxieux**

Les expériences hallucinatoires peuvent être associées à la présence de troubles anxieux tels qu'une anxiété de séparation (AS), un trouble obsessionnel compulsif (TOC), un épisode de stress post traumatique (ESPT) (25,32).

Ces troubles anxieux peuvent constituer l'origine étiologique des expériences hallucinatoires, mais être aussi des comorbidités, tel que le montrent Askenazy et collaborateurs (32), avec un taux important de troubles anxieux (AS et TOC) dans le groupe d'enfants et adolescents avec hallucinations en rémission après un an. Les troubles anxieux peuvent également être un facteur d'entretien de la symptomatologie hallucinatoire, avec une influence réciproque entre eux. Les hallucinations non psychotiques peuvent disparaître en concomitance avec l'amendement des troubles anxieux ou événements stressants associés (130).

Pao et collaborateurs (137) décrivent des cas atypiques d'enfants âgés de 2 à 7 ans se présentant aux urgences pédiatriques avec hallucinations aiguës visuelles et tactiles associées à des éléments phobiques. Ces expériences hallucinatoires multimodales se produisent essentiellement la nuit, avec une description précise des hallucinations, le plus souvent caractérisées par des insectes ou des serpents, associées à une peur non accessible à la réassurance ni à la raison, et disparaissant spontanément après 2 à 4 semaines. Ces enfants ne présentaient pas d'anomalies à l'examen clinique, ni d'histoire personnelle d'abus, de prise médicamenteuse ou de toxiques.

## **(2) Troubles thymiques**

Les enfants et adolescents décrivant des hallucinations peuvent présenter un trouble dysthymique tel qu'un trouble bipolaire de type 1 (109) ou un syndrome dépressif (24,25,27,104,106). D'après Edelson et collaborateurs (138), ce syndrome dépressif représenterait 34 % des diagnostics étiologiques d'hallucinations chez des enfants consultant aux urgences.

Certaines études avec une large cohorte d'adolescents ont montré notamment que les expériences psychotiques (expériences hallucinatoires et idées de persécutions) sont significativement associées à une dépression et des idées suicidaires (139).

Selon De Loore et collaborateurs (34), dans une étude longitudinale auprès d'adolescents âgés de 4 à 16 ans, la présence d'hallucinations au début du suivi et leur persistance à 1 an étaient associés de façon significative avec une aggravation du niveau dépressif et de la psychopathologie en général (mesurée avec le *Strengths and Difficulties Questionnaires* SDQ).

## **(3) Autres troubles psychiatriques non psychotiques**

D'autres troubles psychiatriques peuvent être associés comme des troubles du comportement (21% des enfants admis aux urgences pédiatriques avec des hallucinations), des troubles de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (22%) dans l'étude d'Edelson et collaborateurs (138).

On retrouve la présence d'expériences hallucinatoires chez des enfants souffrant de troubles des conduites, des carences affectives ou sociales graves (140) ou d'un syndrome de Gilles de la Tourette, où d'après l'auteur des « pensées intenses éidétiques internes auditives et visuelles » pouvant être assimilées à des hallucinations (141).

## 2. Non psychiatriques

Avant de conclure à une origine étiologique, il est nécessaire d'éliminer les diagnostics différentiels non psychiatriques (120,137,142).

### a) Etiologies Neurologiques

Les expériences hallucinatoires visuelles complexes sont plus souvent associées à une cause épileptique, impliquant le cortex occipital (142). Parmi ces étiologies épileptiques, nous pouvons citer le diagnostic d'épilepsie occipitale idiopathique infantile de Gastaut (ou syndrome de Panayiotopoulos). C'est un syndrome épileptique pur, débutant entre 3 et 15 ans avec un pic entre 8 et 11 ans. Cette épilepsie affecte des enfants avec un développement normal et des faibles niveaux de fonctionnement attentionnel, mnésique et intellectuel. Des hallucinations visuelles peuvent être décrites, et varier de l'hallucination simple aux hallucinations complexes (10% des cas). Les autres signes classiquement associés sont une déviation du regard, des distorsions visuelles et un changement de couleurs au moment des crises épileptiques (143). Ces symptômes sont brefs, diurnes et seul l'EEG (le plus souvent per- ou post-critique) permet le diagnostic. Les autres étiologies épileptiques peuvent être par exemple des épilepsies frontales et temporales

Les migraines peuvent également provoquer des phénomènes hallucinatoires lors de la phase d'aura, avec par exemple le syndrome d'Alice au pays de merveilles, décrit comme une altération de la perception par les sujets de leur propre corps, des objets et du toucher.

Les troubles du sommeil, plus précisément la narcolepsie avec cataplexie (NC) peut aussi entraîner la production d'hallucinations. La NC se caractérise par une durée excessive de temps de sommeil diurne, une cataplexie et une paralysie du sommeil avec hallucinations hypnagogique et hypnopompique. La prévalence de la NC est de 0,026% avec un pic de début à 16 ans (144). Les hallucinations surviennent durant le sommeil dans 50% à 70% des cas avec un âge de début moyen à 10,4 ans (+/- 3,5 ans) (145). Elles sont souvent décrites comme

vivaces, agressives et sont principalement avec des modalités auditives (sonnerie de téléphone), visuelles (visages de personnes ou d'animaux menaçants) ou cénesthésiques. Le diagnostic peut être étayé par une polysomnographie, qui montre une architecture anormale du réflexe oculomoteur durant le sommeil ; un bilan génétique qui montre la présence de HLA DQB1\*0602 ; et une ponction lombaire, avec un niveau indétectable liquide d'hypocrétine 1 dans le LCR.

Parmi les autres origines étiologiques neurologiques, nous pouvons citer les infections sévères du système nerveux central (méningite, encéphalite), les lésions cérébrales (tumeurs bénignes et malignes, kystes, hématomes, abcès), les thromboses veineuses cérébrales, et les affections inflammatoires et dégénératives du système nerveux central. La fièvre est aussi un motif fréquent d'hallucinations chez l'enfant, d'autant plus lorsqu'il est jeune.

#### **b) Etiologies endocriniennes et métaboliques**

Les origines endocriniennes et métaboliques sont nombreuses : les dysthyroïdies, les crises parathyroïdiennes, l'insuffisance surrénalienne, la carence en vitamine B1 (Béribéri), et les troubles électrolytiques.

Il y a également des manifestations hallucinatoires dans certaines maladies métaboliques telles que l'anomalie du cycle de l'urée, la gangliosidose GM2, la maladie de Niemann-Pick de type C, la maladie de Wilson et la porphyrie.

#### **c) Génétique**

Les enfants avec micro-délétion 22q1.1 (ou syndrome vélo-cardio-facial, ou syndrome de Di George) (146) présentent des hallucinations caractérisées par des formes simples (grillage, briques...) ou plus complexes tels que des personnes, objets ou paysages. Ils présentent pour 50% d'entre eux des hallucinations et 30% ont un risque d'évolution vers une schizophrénie (147).

Il peut y avoir également des manifestations hallucinatoires lors de décompensations psychotiques chez des patients atteints d'un syndrome de Prader Willi.

#### **d) Etiologies médicamenteuses et toxiques**

De nombreux médicaments peuvent provoquer des hallucinations : les antihistaminiques ; les antiépileptiques (lamotrigine), les benzodiazépines ; le méthylphénidate ; les antibiotiques (pénicilline, quinolone, ertapénème) ; les anti-viraux (acyclovir, amantadine, oseltavimir); les corticoïdes ; les bêta-bloquants ; l'éphédrine ; les opiacés (oxycodone, nalbuphine) ; les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou les collyres mydriatiques (120).

La prise de toxiques doit aussi être recherchée avec : les solvants ; l'acide lysergique dyéthylamide (LSD) ; la phéncyclidine (PCP) ; la mescaline ; le peyotl ; la psilocybine (148) ; le cannabis ; la cocaïne ; les amphétamines (l'ecstasy) ; les opiacés ; les barbituriques ; les bloqueurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA) comme la kétamine.

### **G. évaluation diagnostique**

Des études ont montré que la majorité des patients ayant eu une expérience hallucinatoire durant leur enfance n'en avaient pas parlé à leurs parents (1). En effet, seulement 1 à 30% des enfants évoquent leurs expériences hallucinatoires à leur entourage. De plus, une minorité des thérapeutes seraient informés de l'existence des hallucinations ne posant pas systématiquement la question à propos de leur présence chez les enfants (142). La démarche diagnostique est un temps primordial dans la prise en charge. Elle vise à déceler précocement la présence d'éventuelles expériences hallucinatoires et à les caractériser afin d'éviter toute erreur diagnostique et donc thérapeutique, avec de potentielles conséquences néfastes dans le développement de l'enfant et l'adolescent.

#### **1. La démarche diagnostique clinique**

La démarche diagnostique auprès d'un enfant ou un adolescent témoignant

d'hallucinations ou toute autre souffrance psychique réside dans un entretien psychiatrique complet et exhaustif, après avoir mis en confiance l'enfant, par un cadre rassurant et propice à la verbalisation, surtout en cas de décompensation psychiatrique aiguë (142).

L'anamnèse comprend la recherche :

- d'antécédents médicaux personnels et familiaux, notamment psychiatriques, neurologiques et endocrinologiques ;
- de prise de médicaments ou de toxiques ;
- de troubles lors de la période pré/péri natale et lors du développement de l'enfant.

Elle sera complétée par un examen clinique complet avec un notamment un examen neurologique et ORL (149) avec prise des constantes hémodynamiques.

L'entretien psychiatrique comprend une recherche de signes en faveur de troubles anxieux, de stress post traumatique, de trouble dysthymique uni ou bipolaire, de troubles du sommeil, ou d'un TDAH afin d'orienter le diagnostic étiologique psychiatrique. La présence d'idées suicidaire ou de passage à l'acte auto-agressif (auto-mutilation, suicide...) ou hétéro-agressif sont à investiguer devant la fréquente association de ces comorbidités.

Il convient de rechercher systématiquement des expériences hallucinatoires, permettant ainsi au jeune patient de pouvoir verbaliser l'existence de ce symptôme, ceci étant rarement fait spontanément par le patient (1). Il est important de décrire la phénoménologie hallucinoire en précisant leurs caractéristiques : leur(s) modalité(s) sensorielle(s) ; leur contenu (type, nombre...) ; leur fréquence ; leur modalité d'apparition ou de disparition (existence d'un facteur déclenchant éventuel) ; leur congruence à l'humeur. Afin d'évaluer la probabilité d'évolution vers un trouble psychotique, il convient de rechercher l'association à un automatisme mental, et d'autres idées délirantes

Le contexte environnemental est également à prendre en compte, avec la recherche d'éventuels évènements traumatiques ou stressants dans l'entourage familial (deuil, négligence, maltraitance, séparations parentales, conflits avec la fratrie...), scolaire

(harcèlement, difficulté avec les professeurs...) ou socio-affectif (séparation amoureuse, conflits ou traumatismes vécus dans le cercle amical, harcèlement sur les réseaux sociaux...). La question de la (des) culture(s) dans laquelle vit l'enfant ou l'adolescent et de sa religiosité sont des points importants à aborder, pouvant influencer les expériences hallucinatoires (Johns 2002).

## **2. Outils d'évaluation des expériences hallucinatoires**

Certaines échelles peuvent être utilisées pour évaluer les modalités, caractéristiques et sévérité des hallucinations chez l'enfant et l'adolescent. Les outils d'évaluation des expériences hallucinatoires chez l'enfant sont pour la plupart des questionnaires avec auto ou hétéro-évaluation, ou des entretiens semi-structurés s'intéressant surtout aux modalités acoustico-verbales et visuelles, mais explorant peu les autres modalités sensorielles(18).

La qualité d'évaluation est différente selon le type de questionnaire utilisé. Ainsi, Hur et collaborateurs (18) suggèrent que des auto-évaluations d'hallucinations seraient plus précises que des évaluations parentales dans la mesure où les sujets sont assez matures pour répondre aux questions.

Pour la mesure de la sévérité des hallucinations, des auteurs se sont intéressés à l'*Auditory Hallucination Rating Scale* (AHRS) (30,150) et la *Maastricht Voices Interview for Children* (MIK) (42). L'AHRS est un entretien structuré mesurant la fréquence, la réalité, le retentissement, le nombre de voix, la durée, la saillance attentionnelle et la détresse associée (151). La MIK est un entretien semi-structuré qui évalue le nombre de voix, leur fréquence, leur tonalité émotionnelle, mais aussi les facteurs déclenchants, les stratégies d'adaptation (coping) et de rationalisation du symptôme hallucinatoire chez les jeunes sujets interrogés.

D'autres échelles ont été utilisées en partie pour évaluer la présence d'hallucinations chez des enfants et adolescents. Par exemple, la *Scale for the Assessment ou Positive Symptoms* (SAPS) est une échelle permettant d'évaluer les symptômes positifs de

schizophrénie. Elle a été utilisée dans certaines études afin de mesurer la présence d'hallucinations auditives (item 1), visuelles (item 6), cénesthésiques/tactiles (item 4) ou olfactives (item 5) chez des enfants et adolescents (23,152). Dhossche et collaborateurs (21) ont aussi utilisé l'échelle *Youth Self-Report* (YSR), en particulier les items 40 (hallucinations auditives) et 70 (hallucinations visuelles).

Des instruments de dépistage sont également disponibles pour repérer les sujets à haut risque psychotique, comme le *Comprehensive Assessment of At Risk Mental States* (CAARMS) ou le *Structured Interview for Prodromal Symptoms* (SIPS). L'*Adolescent Psychotic-Like Symptom Screener* (APSS) s'intéresse spécifiquement aux manifestations psychotiques chez l'adolescent (87). Laurens et collaborateurs (105) ont pu montrer que l'item 4 de l'APSS (expériences hallucinatoires auditives) et l'item 6 (expériences hallucinatoires visuelles) possédaient le plus grand pouvoir discriminant dans la détection d'une construction psychotique.

L'emploi de tests projectifs tels que le *test de Rorschach*, le *test de « Patte noire »* et le *Thematic Apperception Test* (TAT), peut s'avérer utile quand un état pré-psychotique est suspecté. Ces tests permettent d'accéder aux expériences internes de l'enfant, déterminer les mécanismes de défense privilégiés, et préciser des aspects émotionnels et de sa personnalité. Une évaluation neuropsychologique de l'enfant incluant la sphère attentionnelle, mnésique, instrumentale, exécutive et sociale (théorie de l'esprit et « distinction Soi–autre ») permet de rechercher des éléments de désorganisation cognitive précoce.

L'échelle de « *Launey-Slade Hallucinations Scale* » (LSHS) et sa version révisée (LSHS-R)(18,61,153) sont des auto-questionnaires portant sur les expériences hallucinatoires en population générale, avec des questions spécifiques sur la prédisposition aux hallucinations (18,61,127).

Le *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age children* (Kiddie-SADS), est un entretien diagnostique semi-structuré auprès des parents et des enfants sans



leurs parents, évaluant la psychopathologie actuelle du sujet selon les critères du DSM-IV, entre 6 et 18 ans (120).

Le *Washington University in St. Louis Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia* (WASH-U-KSADS) a été utilisé par Tillman et collaborateurs (109) pour les expériences hallucinatoires chez les enfants avec un diagnostic de trouble bipolaire de type 1. Le WASH-U-KSADS étudie certaines caractéristiques des expériences hallucinatoires (telles que le type, la sévérité, la durée, la fréquence, leur apparition et disparition) et différencie les hallucinations bénignes des hallucinations malignes.

Plus récemment, se développe un nouvel outil intermédiaire entre l'auto et l'hétéro-évaluation des hallucinations précoces chez l'enfant et l'adolescent : le *Multisensory Hallucinations Scale for Children* (MHASC) (153,154). Il s'appuie sur une interface interactive et facile d'utilisation (tablette tactile), permettant d'améliorer la fiabilité de la description des hallucinations précoces, évitant une saturation de l'attention du sujet, avec des stimulations tout au long de la passation. La pertinence de cet outil réside dans le fait que la présence d'une autre personne a été démontrée comme affectant directement la validité des auto-évaluations. L'appareil permet de plus une réelle mobilité, évitant à l'enfant d'être limité par le dispositif de soin et d'évaluation habituel. MHASC évalue également les acquisitions et fonctions cognitives du sujet, aidant ainsi le clinicien à diagnostiquer ou émettre des hypothèses sur la théorie de l'esprit ou de l'imagerie mentale. Ceci a pour but de distinguer des hallucinations précoces d'une manifestation physiologique immature telle qu'un compagnon imaginaire, excluant l'hypothèse d'une hallucination.

### **3. Bilan étiologique paraclinique devant des hallucinations précoces**

Le bilan paraclinique à visée diagnostique a pour objectif d'éliminer une étiologie non psychiatrique devant la présence d'hallucinations.

Un bilan sanguin servira à rechercher une origine inflammatoire, infectieuse, endocrinologique, métabolique ou immunologique. Il sera composé d'un ionogramme sanguin, une CRP, une calcémie, les hormones thyroïdiennes (TSH, T3, T4), la vitamine B12, les folates, une homocystéinémie, une ammoniémie et des dosages métaboliques et immunologiques (149).

Le bilan sera complété par des toxiques urinaires et sanguins à la recherche d'une prise de toxiques, une IRM cérébrale en cas de signe neurologique focalisé, de céphalées ou de nausées avec vomissements (142) et un électro-encéphalogramme à la recherche d'un foyer épileptique.

Un bilan neurologique, ORL et ophtalmologique seront indiqués afin de rechercher un déficit sensoriel, une ophtalmopathie, un trouble neurologique ou une pathologie ORL (149).

La démarche diagnostique est donc un faisceau d'arguments se basant sur un entretien psychiatrique précis et adapté à l'âge du jeune patient, des outils diagnostiques, et un bilan étiologique en lien avec les plaintes du patient et les anomalies constatées lors de l'examen clinique systématique.

## **H. Pronostic et évolution a l'âge adulte**

D'une manière générale, plusieurs études ont montré que la présence d'expériences hallucinatoires durant l'enfance et l'adolescence peut augmenter le risque de développer des troubles psychiatriques à l'âge adulte tels qu'un trouble dépressif, anxieux ou un mésusage de toxique (21,34,104).

En se recentrant sur les troubles psychotiques à l'âge adulte, Poulton et collaborateurs (41) ont décrit dans une étude longitudinale que la présence d'expériences psychotiques (dont hallucinatoires) à 11 ans était associé a un risque 16,4 fois plus élevé de développer un trouble schizophrénique ou schizophréniforme à l'âge de 26 ans, marqué par un score élevé au

questionnaire *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC-C). Welham et collaborateurs (29) montrent que les adolescents témoignant par un auto-questionnaire d'hallucinations auditives à l'âge de 14 ans ont 2 fois (pour les femmes) à 5 fois plus de risque (pour les hommes) de développer un trouble psychotique à 21 ans.

D'autres études enfin ont mis en évidence plusieurs facteurs de risque d'évolution vers un trouble psychotique à l'âge adulte : la persistance et l'aggravation des expériences psychotiques lors de l'enfance et l'adolescence, mêlant idées délirantes et hallucinations (45,75,155), et la survenue d'évènements de vie stressants et de traumatismes durant l'enfance et l'adolescence (avec un Odds Ratio de 2,8) à l'exception de décès parentaux (81).

### III. Influence des facteurs culturels sur les hallucinations chez l'adulte.

Une revue d'opinion à la recherche de liens entre la culture et les hallucinations a mis en évidence des résultats hétérogènes, avec l'étude de champs variés en lien avec les manifestations hallucinatoires et leurs influences culturelles. Des encadrés à la fin de chaque section résumeront les idées importantes relevées.

## **A. Réalité et hallucination selon la culture**

La distinction entre réalité et hallucination varie selon les cultures. Cette appréhension de la réalité est l'un des facteurs les plus significatifs dans l'influence de la culture sur les expériences hallucinatoires (11).

### **1. Définition de l'hallucination**

Comme nous l'avons vu, la différence entre hallucination, hallucinose, illusion et rêve a été définie selon des critères diagnostiques précis au sein de la psychiatrie contemporaine occidentale. Il en est autrement dans certaines cultures non-occidentales, où les expériences hallucinatoires ne font pas l'objet d'une individualisation nette, et peuvent être décrites comme étant la réalité (156).

Certaines cultures n'ont d'ailleurs pas de terme descriptif pour ces expériences atypiques. Certaines sont cohérentes avec l'ethno-épistémologie de leur culture, c'est-à-dire avec les conceptions métaphysiques et épistémologiques<sup>2</sup> qui constituent leurs croyances culturelles. La tribu Piraha au Brésil n'a par exemple pas de catégorie clinique pour les éléments « anormaux » ou « surnaturels » interprétant la rencontre avec un esprit comme faisant partie du monde naturel (157). On peut citer d'autres peuples amérindiens rapporté par

---

<sup>2</sup> Epistémologie : Part de la philosophie qui étudie l'histoire, les méthodes, les principes de la science (Petit Larousse, 2001)

Bell et collaborateurs (158) comme les Sionas, qui pensent accéder par des substances hallucinogènes à une réalité alternative, ou aux Schuars qui considèrent que toute expérience humaine normale est une hallucination en soi, et que l'utilisation d'une substance hallucinogène permet d'accéder à la « vraie » réalité.

En effet, comme le décrit Boyer en 1992, rapporté par Laroï et collaborateurs (11), la « fausse » perception définissant l'hallucination d'un point de vue occidental dépend de l'acceptation d'un certain degré de réalité « surnaturelle » des individus. Ng (159) rapporte que les être humains peuvent être habituellement possédés par des esprits de niveaux inférieurs dans la société chinoise. Néanmoins, le fait d'être possédé par un esprit de niveau supérieur au sien est reconnu comme étant la manifestation d'un trouble mental sévère.

La définition de la « vraie » réalité peut affecter la manière dont les expériences hallucinatoires sont rapportées, mais aussi la manière dont les chercheurs définissent leur méthode et leur question de recherche (11).

La réalité est donc une notion très subjective. Par exemple, les psychiatres coloniaux associaient à un délire, toute croyance dans les êtres surnaturels ou dans les procédés techniques à l'origine de troubles et de malheurs (sorcellerie, maraboutage, envoûtement) (12). Au Moyen-Âge, les expériences hallucinatoires à thématique religieuse étaient d'ailleurs considérées comme des perceptions authentiques, et non comme le signe d'une maladie mentale (156).

L'appréhension de la réalité est subjective et varie selon les cultures, certaines décrivant les expériences hallucinatoires comme des phénomènes réels.

## 2. Culture et sens attribués aux hallucinations

Des études rapportent que les patients atteints de troubles psychotiques, mais également leurs proches, ont tendance à attribuer leur maladie à des causes biologiques ou naturelles dans les pays à haut niveau économique. Au contraire, dans les pays à niveau économique moyen ou faible, les patients ont tendance à associer plus fréquemment leur maladie à des causes spirituelles ou traditionnelles (160).

Le sens attribué aux hallucinations varie selon les cultures, certaines l'attribuant par exemple à une possession par des esprits ou fantômes, ou à une transe dans le cadre d'un contact avec les esprits (161,162). Certains référents religieux tels que les Shamans en Amérique latine, peuvent attribuer à leurs hallucinations visuelles ou auditives des qualités de guidance provenant du monde spirituel (11).

D'autres individus peuvent également développer des hallucinations en lien avec des concepts culturellement codés, de culpabilité liée à l'infraction de règles (156). Les sujets occidentaux ont plus tendance à associer la présence d'hallucinations à la schizophrénie que les sujets non occidentaux (163).

Wahass et Kent (164) retrouvaient des résultats similaires dans une étude s'intéressant en partie à la perception des causes attribuées aux hallucinations chez 131 sujets britanniques et 150 sujets originaires d'Arabie Saoudite, tous atteints de schizophrénie. Les sujets britanniques avaient plus tendance à les référer à des approches biologiques et psychologiques pour expliquer les symptômes, tandis que les sujets d'Arabie Saoudite évoquaient d'avantage des causes superstitieuses et des explications religieuses face aux hallucinations. Ainsi, certains chercheurs ont décrit des personnes musulmanes souffrant de schizophrénie qui associaient leurs hallucinations et autres symptômes psychotiques à la présence de *Djinns*, (définis dans la troisième partie de ce travail) (165).

En comparant aux Etats-Unis le sens attribué aux expériences psychotiques (dont les

hallucinations), entre des groupes de sujets de diverses origines ethniques, Earl et collaborateurs (166) ont mis en évidence que les afro-américains avaient significativement plus tendance à rapporter leurs hallucinations à la spiritualité, la religion, ou la mort que les latino-américains. A l'inverse, ces derniers, ainsi que les sujets d'origine asiatique, rapportaient significativement plus d'hallucinations en lien avec des phénomènes surnaturels, la présence d'esprits et de fantômes.

La culture va colorer, coder l'ensemble des expériences vécues par un individu, à travers une grille de lecture du monde qui lui est propre. Autrement dit, les individus attribuent un sens à leurs expériences hallucinatoires en élaborant des théories étiologiques basées sur leurs représentations culturelles (12). Il est donc nécessaire de comprendre le sens attribué à ces expériences hallucinatoires pour ensuite les prendre en charge.

Le sens donné aux hallucinations par le sujet et son entourage est influencé par leurs croyances culturelles et religieuses. Les causes attribuées peuvent varier d'une explication surnaturelle ou spirituelle, à un signe de maladie causée par un désordre psychologique ou biologique.

## **B. Caractéristiques et retentissement des hallucinations selon la culture**

Les facteurs culturels peuvent retentir sur la fréquence, l'apparition, les modalités, le contenu hallucinatoire et le vécu des individus et de leur entourage.



## 1. Fréquence des hallucinations

On observe une grande variation des résultats et des méthodes de recherche concernant l'évaluation de la fréquence des hallucinations en population clinique selon l'origine ethnique des sujets ou selon le pays étudié.

Ainsi, plusieurs études monocentriques ont étudié la différence de prévalence des manifestations hallucinatoires de personnes atteintes de schizophrénie en fonction de leur origine ethnique.

Vitols et collaborateurs rapportés par Al Issa (167) ont montré que dans un hôpital américain, les patients afro-américains atteints de schizophrénie, décrivaient plus d'hallucinations que les patients caucasiens. La prévalence des hallucinations auditives était supérieure à celle des expériences hallucinatoires visuelles dans les deux groupes.

Une variation de la prévalence des hallucinations selon l'origine ethnique a également été décrite par Johns et collaborateurs (9) chez des individus souffrant de schizophrénie en Angleterre. Parmi les 5196 participants provenant de diverses minorités ethniques, la prévalence s'élevait à 2,3% pour le groupe de patients originaires d'Asie du Sud-Est, et à 9,8% pour les individus d'origine afro-caribéenne. Elle était de 4% pour les 2867 individus d'origine caucasienne.

Aux Etats-Unis, Barrio et collaborateurs (168) ont comparé l'expression de la symptomatologie de la schizophrénie au sein de trois groupes de sujets d'origines ethniques différentes via une passation de la *Positive And Negative Syndrome Scale* (PANSS). Les sujets afro-américains avaient un niveau plus élevé d'hallucinations et de délire que les sujets caucasiens. Cependant, les auteurs de cette étude supposaient que ces résultats étaient plus le reflet de facteurs confondants, tels que le statut de minorité ethnique ou l'impact d'un racisme ou d'une discrimination autre sur le taux d'hallucinations.

En Nouvelle-Zélande, les patients d'origine maori ont été comparée sur le plan clinique à

aux patients d'origine non-maori (169) dans un service de psychiatrie. Les résultats montrent que les sujets Maori étaient plus représentés parmi les patients atteints de schizophrénie, et avaient tendance à présenter plus d'hallucinations et/ou d'agressions comparativement aux individus non Maori.

Cependant, ces différences de caractéristiques hallucinatoires entre différents groupes culturels ne sont pas systématiquement retrouvées au sein d'un même pays ni entre différents pays (170). Par exemple, en Australie, il n'était pas retrouvé de différence entre les personnes aborigènes venant des îles Torres et celles australiennes non-indigènes (171).

D'autres études internationales ont montré des différences de fréquence d'hallucinations selon les pays, pouvant varier de 0,8% au Vietnam à 31,4% au Népal selon Nuevo et collaborateurs (172). Ces derniers ont rapporté que l'*International Pilot Study of Schizophrenia* mettait en évidence que la fréquence des hallucinations auditives s'élevait à 9% à Washington DC (Etats-Unis), 28% à Agra (Inde) et 46% à Cali (Colombie).

Al Issa (156) propose qu'il puisse y avoir une relation entre le niveau d'acceptation des hallucinations par les sociétés, et la fréquence des expériences hallucinatoires dans certaines cultures.

La fréquence des hallucinations peut varier selon l'origine ethnique des sujets et le fait d'appartenir à une minorité ethnique dans les pays occidentalisés. Il y a également une différence de fréquence et des résultats hétérogènes quand différents pays sont comparés.

## 2. Modalités hallucinatoires

Lors des premières recherches multicentriques et multi-culturelles s'intéressant aux modalités hallucinatoires, Murphy et collaborateurs (173) ont mis en évidence que les hallucinations visuelles et cénesthésiques étaient plus fréquentes chez les personnes atteintes de schizophrénie en Afrique et au Proche Orient en comparaison aux sujets caucasiens. Collomb, rapporté par Al Issa (167) retrouvait chez des patients sénégalais des hallucinations inconstantes et transitoires, pouvant consister en la transformation d'odeurs en sons, ou de sons en formes visibles. Ces expériences sont d'ailleurs plus proches des phénomènes de synesthésies observées sous substances psychédéliques en complément des expériences hallucinatoires et aussi décrites par les shamans sud-américains

En 1984, dans un hôpital londonien, les patients d'origine non-occidentale (Afrique, Inde de l'Ouest, Caraïbes, Asie) montraient une fréquence plus élevée d'hallucinations auditives et visuelles que ceux d'origine occidentale (174). A la même époque, Ndetei et Singh, rapportés par Ndetei et Vadher (174) retrouvent que 61% des patients kenyans souffrants de schizophrénie présentaient au moins une modalité hallucinoire, dont 43% visuelle et 43% auditive.

La modalité hallucinoire principale peut varier selon l'origine ethnique mais également l'environnement socio-culturel des individus. Suhail et Cochrane (161) ont ainsi comparé trois groupes de personnes atteintes de schizophrénie : un groupe de sujets pakistanais vivant au Pakistan, un groupe de sujets d'origine pakistanaise vivant en Angleterre, et un groupe de sujets d'origine anglaise vivant en Angleterre. Le groupe de sujets pakistanais vivant au Pakistan rapportaient un taux plus élevé d'hallucinations visuelles et un taux moins élevé d'hallucinations auditives en comparaison aux deux autres groupes. L'environnement culturel semblait donc être selon ces auteurs un facteur d'influence supérieur à l'origine ethnique sur les modalités hallucinatoires.

Une autre étude s'est intéressée aux liens existant entre culture et modalités hallucinatoires sur une période d'un an chez 1080 personnes atteintes de schizophrénie vivant en Autriche, en Pologne, en Lituanie, en Géorgie, au Pakistan, au Nigéria et au Ghana (175). Les auteurs retrouvaient 67% d'hallucinations auditives en Autriche, contre 91% au Ghana, tandis que les hallucinations visuelles s'élevaient de 4% au Pakistan contre au 54% au Ghana. Les hallucinations visuelles et auditives étaient donc plus fréquemment observées chez les sujets d'Afrique de l'Ouest en comparaison aux autres pays. Les sujets provenant du Ghana présentaient également plus d'hallucinations cénesthésiques.

Mc Lean et collaborateurs (176) ont comparé les symptômes de la schizophrénie entre un groupe de 205 sujets Iban de Sarawak en Malaisie, un groupe de 609 australiens et un groupe de 310 indiens. Sur le plan des hallucinations, la fréquence était comparable entre les individus malaisiens et australiens, mais moins élevée chez les sujets indiens, surtout en ce qui concerne les modalités olfactives et visuelles. Ils retrouvaient cependant une fréquence similaire d'hallucinations acoustico-verbales avec commentaires ou conversations à la 3<sup>ème</sup> personne entre les trois populations, suggérant que cette modalité hallucinatoire était culturellement robuste.

Il y a différentes modalités hallucinatoires selon l'origine ethnique et l'environnement socio-culturel des sujets atteints de schizophrénie.

### **3. Contexte d'apparition des hallucinations**

Erika Bourguignon (177), a décrit que les hallucinations jouaient un rôle dans les pratiques rituelles ou religieuses pour 62% des 488 sociétés étudiées. Les croyances culturelles

peuvent en effet augmenter les attentes, la suggestibilité et la perception d'hallucinations dans certaines conditions culturelles telles que les rituels (156). L'usage délibéré d'agents psychotropes peut renforcer cette suggestibilité telle que l'ayahuasca ou le peyolt, utilisé par les shamans ou autre figures religieuses en Amérique latine et en Amazonie, à la recherche d'expériences hallucinatoires visuelles ou auditives (158). Gollinhofer et Sillans rapportés par Al Issa (156), ont décrit comment le contenu hallucinatoire était renforcé et modifié pour être conforme aux mythes et croyances dans une tribu du Gabon pendant une cérémonie d'initiation, après une prise de substance hallucinogène. Les individus semblaient ainsi avoir des expériences hallucinatoires dans certaines situations, quand elles étaient attendues.

Cependant, la manifestation de ces hallucinations, perçues positivement dans un contexte de croyances et pratiques locales, ne sont pas systématiquement associées à une prise de substances chimiques (11). En effet, les expériences hallucinatoires peuvent être le résultat d'un stress physiologique tel que le jeûne, d'une expérience sensorielle intense, d'une privation sensorielle, ou d'un rituel de groupe comme le chant et la danse, entraînant un état de conscience altérée, de transe, associé à l'effet du lien social de l'expérience (158).

Dans le cas du chamanisme, et chez d'autres « experts spirituels », des chercheurs en anthropologie ont mis en avant que les expériences hallucinatoires diffèreraient de celles rencontrées dans les troubles psychotiques comme la schizophrénie, sur le simple fait que ces expériences sont culturellement autorisées, et se produisent à des moments culturellement appropriés, avec une dimension de contrôle par ces représentants spirituels, qui choisissent d'avoir ce rôle (178).

Des phénomènes de transes spontanées peuvent donc survenir lors de traumatismes ou de stress importants, causant des symptômes dissociatifs et des hallucinations (156,179). Castillo (179) a ainsi pu décrire par de multiples observations et entretiens avec des Yogis en Inde un état de conscience altérée en permanence, caractérisée par une conscience divisée, des hallucinations visuelles et auditives à thématique religieuse, et des croyances pouvant être

considérées comme délirantes dans la culture occidentale. Aucun de ces Yogis n'était considéré comme ayant une pathologie mentale dans leur culture locale mais une majeure partie avait des antécédents d'abus ou de traumatisme physique et psychique durant l'enfance. L'auteur suggère donc un lien ici entre une méditation intensive et des états de conscience altérés dans un contexte culturel avec croyances religieuses hindoues. Plus généralement, il propose que des personnes puissent se mettre en retrait de la réalité par des trances profondes et spontanées, pouvant être secondaires à un stress ou un trauma psychique. Ainsi ils créeraient une expérience extrasensorielle en maintenant leur attention sur des structures imaginaires ou des souvenirs d'évènements traumatiques.

Dans certaines cultures, les hallucinations apparaissent plus souvent par l'usage de substances hallucinogènes ou lors de trances dissociatives dans le cadre de rituels traditionnels ou religieux.

#### **4. Contenu des hallucinations**

La culture a une influence importante dans le contenu des hallucinations en population clinique de patients souffrant de schizophrénie (180,181). En effet, les hallucinations associées à un trouble psychotique sont dites « pathoplastiques », c'est-à-dire façonnées dans leur contenu par des attentes locales et avec un sens culturellement codé (11,12).

Plusieurs études ont décrit des différences interculturelles dans le contenu des hallucinations chez des sujets souffrant de schizophrénie. Kent et Wahass (170) se sont intéressés au contenu des hallucinations auditives rapportées par 75 patients âgés de 20 à 65 ans en Arabie Saoudite et en Grande Bretagne. Ils mettent en évidence que les thématiques

étaient majoritairement religieuses et spirituelles en Arabie Saoudite, et à type d'ordres et de commentaires dans la population britannique. Des différences ont également été observées entre des groupes de patients coréens et chinois souffrant de schizophrénie. Il y avait chez les sujets coréens une prédominance de la thématique familiale, sachant que les liens familiaux sont traditionnellement très saillants dans cette culture, contrairement à la culture chinoise moderne, où l'état a en partie affaibli ces liens (182)

Une autre étude malaisienne a comparé la phénoménologie des hallucinations chez des sujets d'origine chinoise et malaisienne atteints de schizophrénie, en comparant ceux habitant en milieu rural et en milieu urbain (181). Les individus chinois ruraux attribuaient plus souvent leurs voix à des esprits et démons, en comparaison à leurs homologues urbains, qui attribuaient leurs voix à des membres de leur famille ou leurs proches. La majorité des patients malaisiens ruraux attribuaient leurs hallucinations acoustico-verbales et visuelles à des figures religieuses, esprits, des dieux, des démons, et des personnages légendaires tels que "Puteri Sardon", contrairement à ce que percevaient les sujets en région urbaine. L'influence culturelle et l'urbanité semblent donc importantes dans cette différence de résultats.

Lambo et Hurst, rapportés par Mitchel et collaborateurs (183) ont également rapporté que les éléments délirants dans les zones rurales et "sous-développées" étaient plus souvent reliées à la sorcellerie, à l'adoration, au culte d'ancêtres, et au surnaturel que les délires rapportés dans les zones urbanisées.

Dans la recherche de Suhail et collaborateurs (161), les auteurs ont mis en évidence chez les sujets souffrant de schizophrénie que :

- chez ceux d'origine caucasienne ou pakistanaise vivant en Angleterre, les hallucinations les plus fréquentes étaient des voix commentant leurs comportements et gestes, avec des injonction de réaliser des tâches au quotidien, voire de se tuer ou de tuer d'autres personnes, associant la voix à quelqu'un de familier.
- chez ceux habitant au Pakistan, les hallucinations visuelles étaient à thématiques

mystiques à type d'esprits ou de fantômes étaient rapportés.

Des résultats similaires ont été retrouvés dans les travaux de Lurhmann et collaborateurs (180), qui ont comparé les expériences acoustico-verbales chez des sujets souffrant de schizophrénie en Californie, au Ghana et au sud de l'Inde. Les sujets de Californie décrivaient des voix insultantes, leur disant de se blesser ou blesser d'autres personnes. Au Ghana, les trois quarts des sujets identifiaient leur voix dominante comme étant « Dieu », leur disant généralement « d'ignorer les voix méchantes », et les associaient à de la puissance. En Inde, les sujets avaient plus tendance à entendre leurs proches tels qu'un frère ou un voisin, pourvoyeurs de conseils, de réprimandes et/ou d'ordres pour les tâches quotidiennes.

Les modifications de l'environnement culturel peuvent avoir une influence sur l'évolution des contenus hallucinatoires. Ainsi, les changements culturels induits par l'influence d'une autre société, comme en période coloniale, pouvaient modifier le contenu des hallucinations et délires. Al Issa (184) décrit qu'en Algérie, après l'indépendance, le contenu des délires était plus riche en thèmes scientifique et sociopolitique, comparativement à avant la colonisation où les thèmes de sorcellerie et possession étaient plus importants.

Il peut également y avoir une modification du contenu hallucinatoire à travers le temps au sein du même groupe culturel. Mitchel et Vierkant (183) ont comparé dans un hôpital de l'est du Texas, les hallucinations et symptômes délirants de 150 patients admis en 1930, aux symptômes de 150 autres patients admis en 1980. Les injonctions hallucinatoires dans les années 1930 étaient plutôt bienveillantes, bénignes et religieuses, tandis que celles dans les années 1980 étaient destructrices et négatives (tuer, blesser ou faire des « choses perverses »), avec plus d'hallucinations visuelles à type de sang, de personnes ou d'animaux morts. Les auteurs suggèrent qu'en 1930, les thématiques reflétaient une culture religieuse fondamentaliste dans une région rurale, tandis qu'en 1980, la région s'était urbanisée, modernisée, avec une ouverture vers le monde extérieur. En 1980, les thématiques reflétaient plus la perception d'un environnement hostile et dangereux.



Le contenu hallucinatoire est fortement influencé par l'environnement socioculturel et les croyances religieuses du sujet en population générale et clinique, avec une dimension dynamique au cours du temps. Les hallucinations peuvent varier de thèmes mystiques, religieux, à des sujets sociopolitiques et scientifiques et les voix semblent être associées à des figures spirituelles ou à des personnes de l'entourage du sujet, avec des injonctions à tonalité plus menaçante dans les environnements occidentalisés.

## **5. Vécu du sujet envers hallucinations**

Des études ont montré que les hallucinations associées à un trouble psychotique telle que la schizophrénie semblent vécues de façon moins nocive pour les personnes de culture non-occidentales en comparaison à celles de culture occidentales.

Luhrmann (178) propose que les différences du vécu des manifestations hallucinatoires selon la culture soient dues à une différence dans la notion de limite entre le monde intérieur (celui de l'esprit) et le monde extérieur. Ainsi, alors que dans la culture occidentale la voix hallucinée serait vécue comme déplaisante car égodystonique, dans les sociétés chamaniques les perceptions sensorielles inhabituelles seraient au centre de l'attention. Par ailleurs, Luhrmann avance que les sociétés qui valident le fait de porter plus d'attention aux pensées internes favoriseraient l'émergence d'expériences hallucinatoires, par de fausses attributions en lien avec nos attentes culturellement codées.

En ce sens, Luhrmann et collaborateurs (163), montrent dans leur étude que :

- les sujets originaires d'Inde, avaient pour une majorité des expériences positives avec leurs voix qui étaient vécues comme une guidance, avec une dimension de relation

interhumaine, expliquant qu'il y a toujours un humain qui parle, qu'il soit vivant ou décédé).

- Les sujets provenant du Ghana, décrivaient une relation plutôt positive avec les voix. Ils avançaient l'impossibilité d'avoir des voix mauvaises, et qu'entendre une voix n'est pas le signe d'une violation de l'esprit.
- Les sujets américains, eux, expérimentaient majoritairement leurs voix comme étant négatives, violentes et détestées. Elles étaient vécues comme une intrusion dans leur monde privé, et entraînaient des contrariétés devant leur caractère incontrôlable.

D'autres travaux avancent également que les voix peuvent être perçues comme utiles et positives devant le fait qu'elles fournissent une guidance dans les objectifs de la vie quotidienne, et qu'elles sont reliées à la présence d'esprits des ancêtres (185). Les hallucinations, à travers des croyances religieuses et des superstitions peuvent ainsi jouer un rôle d'aide auprès du sujet, lui permettant d'expliquer des événements défavorables et d'affronter des difficultés dans sa vie quotidienne (186).

Le vécu du sujet envers ses hallucinations peut également varier selon la culture, allant d'une dimension rassurante et de guidance, à une dimension plus négative et nocive.

## **6. Rapport de l'entourage du sujet aux hallucinations**

Dans le rapport entre société et hallucinations, Al-Issa (1995) différencie les cultures selon leur niveau rationnel. Les hallucinations peuvent être perçues négativement dans les cultures très rationnelles, qui distinguent de façon rigide la réalité et l'expérience hallucinatoire. Cette perception négative peut ainsi augmenter une anxiété et réduire la confiance du sujet

hallucinant envers les autres personnes, avec une tendance à cacher ses hallucinations. Dans les sociétés décrites comme moins rationnelles, où la distinction entre réalité et fantaisie est plus flexible, les personnes sont plus encouragées à observer leurs hallucinations et autres expériences sensorielles (156). Par exemple, dans l'étude de Luhrmann et collaborateurs (163), une grande partie des sujets originaires du Ghana comprenaient qu'entendre des voix pouvait être un signe de maladie psychiatrique, mais leur environnement social semblait accepter qu'il y ait des êtres humains avec "des esprits non incorporés qui pouvaient parler". Cette explication alternative favorise l'acceptation et le vécu des hallucinations par l'entourage de ces sujets.

D'autres travaux se sont intéressés au rapport entre l'entourage du sujet et la schizophrénie. Le concept d'émotion exprimée (EE) a été développé afin de décrire l'influence de la vie familiale chez les personnes présentant une schizophrénie. L'EE se réfère aux critiques, à l'hostilité, et à la sur-implication émotionnelle de la famille envers le patient. Plus le niveau d'EE est élevé, plus la rechute de symptômes psychotiques risque d'être élevée. Les études de Jenkins et collaborateurs, ainsi que de Leff et collaborateurs rapportés par Castillo (179), réalisées dans des familles de différents pays, montrent que le niveau d'EE diffère selon les cultures, allant de 23% dans la population indienne, 41% dans la population mexicano-américaine, 48% dans la population anglaise et 67% dans la population anglo-américaine.

L'hypothèse serait donc que les personnes souffrant d'un trouble psychotique dans les cultures socio-centrées auraient un meilleur réseau de soutien social, et seraient moins perçues comme une charge excessive, subissant donc moins d'hostilité et de critique que dans les cultures égocentrées avec un noyau familial restreint (179).

Le rapport de l'entourage à la symptomatologie psychotique dépend également de la manière dont est perçue la maladie dans la culture de l'individu. En effet, l'attribution externe de la maladie à un acte de sorcellerie ou de possession par exemple dans les sociétés traditionnelles non-occidentales, signifie que la maladie n'est ni de la faute de l'individu, ni de celle de la famille. A contrario, le modèle occidental médical de la schizophrénie caractérise la

maladie comme étant d'origine biologique, donc interne au sujet. Chez une personne ne pouvant atteindre un niveau d'autonomie attendu, pouvant donc être stigmatisé et rejeté par la société (159). Les familles bédouins ont par exemple plus tendance à abandonner les membres de leur famille une fois qu'ils ont compris que la schizophrénie était décrite comme une maladie biologique, tandis que quand le trouble psychotique est considéré comme une affliction spirituelle, les membres de la communauté étaient plus aidants (187).

D'autres modes d'attribution de la maladie peuvent être en soi déstigmatisants. En Chine et en Inde du sud, la schizophrénie peut être expliquée de façon alternative comme une "pensée excessive", interprétant les symptômes de la maladie comme une manière socialement inhabituelle de s'exprimer, et non une pathologie en soi (188).

L'entourage familial du sujet présentant des hallucinations peut avoir tendance à être plus soutenant ou rejetant, selon notamment le sens culturellement codé donné aux hallucinations et l'aspect égo ou socio-centré de leur culture

### **C. Influence des croyances religieuses sur les hallucinations**

Les croyances religieuses, en lien avec le milieu socioculturel, peuvent avoir une influence sur les hallucinations, et notamment leur thème (189). On peut citer la religion chrétienne, musulmane, judaïque, mais aussi les croyances chinoises traditionnelles, les divinités bouddhiques ou les héros et ancêtres (186,189)

Dans l'histoire religieuse, on peut décrire des cas d'HAV longues et intenses. Par exemple, pourraient être considérés comme des HAV, Moïse ou Mohammed recevant les Commandements hébreux et le Coran. On pourrait également citer dans l'histoire française, Jeanne d'Arc qui aurait présenté à ses 13 ans de fréquentes HAV et/ou hallucinations visuelles

qu'elle identifiait comme la Sainte Catherine, la Sainte Margaret ou l'archange Gabriel (178). L'acceptation culturelle peut évoluer à travers le temps. Ainsi, Taves, rapporté par Laroï et collaborateurs (11) décrit qu'au cours du 19<sup>e</sup> siècle, les chrétiens acceptaient de plus en plus les HAV qui consistaient à entendre la voix de Dieu.

Il existe une variation de la prévalence des éléments délirants avec contenu religieux entre les pays. Des études s'intéressant aux patients hospitalisés atteints de schizophrénie montraient un taux de 21% de délires à thématiques religieuses en Allemagne, 21% en Autriche, 7% au Japon, 6% au Pakistan, ou encore 36% aux Etats-Unis (190).

L'influence de la religion sur la sévérité des troubles psychotiques et donc des hallucinations est hétérogènes selon les études (189). En Chine les individus souffrant d'une schizophrénie avec un délire à thématique religieuse ont tendance à avoir une pathologie plus sévère, avec plus d'hallucinations et sur une période plus longue (191). Chez 79 patients à Ultra Haut Risque Psychotique (UHRP), en comparaison à 110 sujets témoins, la pratique religieuse avec une forte fréquentation des lieux de culte était associée à significativement plus de perceptions anormales ou d'hallucinations. La pratique religieuse collective peut ainsi, selon les auteurs, influencer l'interprétation des hallucinations sub-cliniques par le sujet (192). Gearing et collaborateurs (189), dans une revue de littérature, décrivent que la religion peut influencer positivement ou négativement le bien-être d'un individu, et peut être décrite comme un facteur protecteur ou de risque d'aggravation de la symptomatologie de la schizophrénie. Cependant, aucune association significative n'a pu être mise en évidence.

Les expériences hallucinatoires peuvent être façonnées par les modalités sensorielles valorisées par la religion (178). Les protestants valorisent l'ouïe pour se rapprocher de Dieu, tout comme l'Islam qui rejette les représentations de Dieu, et dont l'apprentissage religieux se fait en écoutant parler de Dieu. Pour les catholiques, la vision est au premier plan des sens pour se rapprocher de Dieu, tout comme l'hindouisme, avec l'importance du *darshan*, qui signifie « *vision du divin* ». Par ailleurs, dans certaines cultures, les expériences hallucinatoires

en lien avec une personne proche décédée, sont courantes et médiatisées par un rituel religieux, comme décrit au Japon (193) ou dans les populations européennes et américaines.

Une hallucination est donc associée à une expérience plausible de la divinité ou à un contact avec le monde spirituel lorsqu'elle correspond à une attente culturelle locale. Ainsi, comme dans le catholicisme romain ou dans une époque plus contemporaine telle que le 19<sup>ème</sup> siècle, un lieu où une personne a décrit des hallucinations à thématique religieuse (la Vierge Marie à Lourdes, Fatima à Medjugore) est assimilé à un sanctuaire de guérison avec des pratiques religieuses (11).

Les religions ont un rapport historique avec les hallucinations, et les croyances religieuses peuvent les influencer tant dans leur fréquence d'apparition, leur contenu, leurs modalités sensorielles que la sévérité des symptômes.

## **D. Place de la culture dans les soins devant des hallucinations**

L'influence de la culture dans les soins peut s'observer à différents niveaux : dans les modalités de recours au soin du sujet, dans la perception du soignant, ou dans l'élaboration du diagnostic psychiatrique, avec un risque de retard ou d'errance diagnostique.

### **1. Modalités de recours aux soins selon la culture**

La World Health Organization (WHO) (194) rapporte qu'en Afrique, de 60 à 90% des individus se dirigent d'abord vers la médecine traditionnelle devant un problème de santé mentale ou physique. La manière de prendre en charge les troubles psychiatriques et plus

précisément les expériences hallucinatoires peut varier selon les croyances religieuses et les cultures locales. Ces dernières peuvent avoir une influence sur le sens donné aux hallucinations, et donc sur la nature de l'aide et du soin sollicité par le sujet présentant des hallucinations.

Dans une étude s'intéressant aux manières de comprendre et de traiter les troubles psychiatriques dans différentes régions d'Asie de l'Est, Rhi et collaborateurs (195) ont décrit que les sujets de Malaisie, principalement de confession musulmane, avaient plus tendance à consulter des praticiens traditionnels, tandis que les sujets japonais, eux, consultaient des centres de soins psychiatriques. A Taiwan, dans une autre étude (196), 75% des individus lors d'un premier épisode psychotique, sollicitaient l'aide de shamans, 78% allaient célébrer des divinités au temple, et 48% sollicitaient une invocation des spirits à un prêtre taoïste.

Ces résultats étaient également retrouvés dans l'étude de Wahass et Kent (164), auprès de personnes atteintes de schizophrénie en Grande Bretagne et en Arabie Saoudite. Les sujets britanniques orientaient le traitement vers une prise en charge psychiatrique et psychologique, en accord avec l'explication scientifique des symptômes. Les sujets d'Arabie Saoudite avaient plus confiance en l'efficacité d'une aide religieuse, en accord avec les explications surnaturelles et religieuses.

Assad et collaborateurs (65) se sont intéressé à la proportion de sujets atteints de trouble bipolaire allant consulter un tradipraticien en Egypte. Ils ont retrouvé que 47,8% des sujets rapportaient consulter un tradipraticien, dont 62,2% avant la consultation psychiatrique, et 35% plus de 4 fois. Il avait une forte association entre la présence d'hallucinations et d'un retentissement fonctionnel avec la consultation chez le tradipraticien. Selon les auteurs, cette association est expliquée par la tendance en Egypte à attribuer des hallucinations à des puissances surnaturelles et autres explication religieuses plutôt qu'à une cause organique de la maladie.

La religiosité, définie par l'expression du sentiment religieux, et la pratique religieuse,

peuvent avoir une influence sur l'adhésion au traitement. Parmi les sujets atteints de troubles psychotiques, les sujets avec des hallucinations à thématique religieuse et un score élevé de religiosité avaient ainsi une moins bonne adhésion au traitement psychotrope, et étaient plus demandeurs de traitement « magico-religieux » (162). Cependant, la pratique religieuse était aussi décrite comme améliorant la compliance au traitement des sujets dans d'autres études (192). Gearing et collaborateurs (189) proposent que l'adhésion au traitement chez les sujets atteints de schizophrénie semble modérée par le contenu des hallucinations.

Selon Al-Issa (156) les attentes des patients à amender leurs manifestations hallucinatoires par un traitement antipsychotique peut être en lien avec l'aspect intrusif et incontrôlable de ces hallucinations, leur contenu négatif et le vécu émotionnel difficile.

Le recours aux soins varie selon les croyances religieuses et l'environnement socioculturel. Le sens attribué aux hallucinations peut influencer la nature des soins sollicités, traditionnels ou psychiatriques.

## **2. Durée de psychose non traitée selon la culture**

La durée de psychose non traitée (DPNT) se définit comme l'intervalle de temps entre l'apparition des premiers symptômes psychotiques et le début du traitement, qui peut être défini comme le premier contact avec une équipe de soins, la mise en place d'un traitement médicamenteux, une hospitalisation, ou l'entrée dans un programme de prise en charge spécialisée. Une DPNT longue est un facteur de mauvais pronostic.

Une étude (197) montrait que chez des sujets adultes atteints de trouble psychotique aigu à l'hôpital national de Niamey, au Niger, la durée moyenne de psychose non traitée (DMPNT) était de 22 jours. Cette DMPNT était définie par l'intervalle de temps entre le début



apparent de la maladie selon les accompagnants du sujet et le début des soins spécialisés en psychiatrie avec mise en place de traitement antipsychotique. La DMPT varie selon les études, s'élevant à 35,1 semaines dans une étude sud-africaine (160), à 62,2 semaines dans une étude de Singapour (198), ceci pouvant être expliqué par la différence de méthodologie.

Selon Maiga et collaborateurs (197), la DMPNT de leur étude était probablement allongée par l'intervalle de temps écoulé entre le début réel et le début apparent de la symptomatologie. Cet intervalle pourrait correspondre à la phase prodromale des troubles, mais aussi « en Afrique » à une période de tolérance sociale des symptômes et/ou la période de recours aux soins de tradipraticien/marabout. Douma Maaiga et collaborateurs montraient qu'une longue DPNT était significativement associée à un parcours de soins ayant eu recours à un tradipraticien.

Les résultats diffèrent dans les études s'intéressant à l'impact des attributions causales spirituelles ou traditionnelles sur la DPNT. Ainsi, Chong et collaborateurs (198) montraient que les consultations dans un premier temps chez un tradipraticien à Singapour n'avaient pas d'impact sur la DPNT. Au contraire Mbewe et collaborateurs, en Zambie, (199) retrouvaient que plus fréquemment le sujet avait consulté un tradipraticien avant les soins conventionnels plus la DPNT était longue.

Burns et collaborateurs (160) rapportaient dans leur étude sud-africaine que 38,5% des sujets présentant un premier épisode psychotique avaient consulté un tradipraticien pour ce trouble avant de solliciter un traitement médical conventionnel, contre 24% à Singapour (198), et 23% en Iran (200). De façon intéressante, chez les sujets présentant un premier épisode psychotique, l'attribution d'une maladie à des causes spirituelles et traditionnelles était associée à une DPNT plus longue et des symptômes négatifs plus importants (160).

Dans le cas des troubles psychotiques, l'orientation vers les tradipraticiens peut entraîner une augmentation de la DPNT, et risquer d'aggraver la maladie.

### 3. Perceptions par le soignant selon la culture

La culture du soignant peut également avoir une influence sur les soignants dans la prise en charge des manifestations hallucinatoires chez un patient d'une culture différente, aussi bien dans l'interprétation de la symptomatologie, l'établissement d'un diagnostic que le choix de l'orientation thérapeutique (12).

Ainsi, Trierweiler et collaborateurs (201) montraient qu'aux Etats-Unis, les cliniciens afro-américains relevaient plus les symptômes positifs dans le diagnostic de schizophrénie (telles que les hallucinations) que les cliniciens non afro-américains. Par ailleurs, les cliniciens afro-américains diagnostiquaient moins de schizophrénie en présence de symptomatologie négative que ceux non afro-américains. Cependant, il n'y avait pas de différence significative sur la proportion d'individus diagnostiqués atteint de schizophrénie par les deux groupes de cliniciens. Ces éléments pourraient indiquer que les cliniciens apportaient à leur pratique différentes compétences personnelles telles que leurs croyances, hypothèses spécifiques pour recueillir des informations sur la description clinique dans différentes communautés.

Ces compétences peuvent être sous-tendues par le contexte culturel dans lequel les cliniciens construisent leur représentation du monde et l'expression des souffrances psychiques. Laroit et collaborateurs (11) soutiennent « *qu'il est important de reconnaître qu'un clinicien a aussi une part de sa culture, et que les facteurs affectant les interprétations du clinicien sur les expériences hallucinatoires doivent être comprises dans la façon d'émettre un jugement clinique* ». Par ailleurs, l'alliance thérapeutique entre le clinicien et son patient peut

être influencée par leurs différences culturelles, dans les dimensions sociale, religieuse, familiale, mais aussi dans les conceptions de la maladie et des soins (202).

Ces différentes perceptions culturelles peuvent concerner l'ensemble des maladies mentales. Biswas et collaborateurs (203) comparaient les perceptions de 99 psychiatres à Boston (Etats-unis) et Bangalore (Inde) sur les symptômes communs de maladies mentales. Ils mettaient en évidence que les médecins indiens reliaient plus facilement à la dépression les symptômes fonctionnels tels que les douleurs que les médecins américains, qui eux associaient plus souvent à la dépression les symptômes cognitifs tels que le pessimisme. Les auteurs émettaient l'hypothèse d'une perception différente du modèle de dépression entre les sociétés occidentales et non occidentales, avec une place importante de la stigmatisation limitant l'accès aux soins de santé mentale.

De part les différentes interprétations par les cliniciens de la symptomatologie présentée par le patient, il peut y avoir des différences de diagnostic selon l'origine culturelle des psychiatres. C'est ce que supposaient Tapsel et collaborateurs (169), devant la surreprésentation des personnes maori parmi les patients avec une schizophrénie dans un service psychiatrique en Nouvelle Zélande. En effet, les psychiatres non maori ou non-originaires des îles du Pacifique utilisant les critères occidentaux standards des phénomènes psychiatriques, pouvaient conclure à de mauvais diagnostics devant l'extériorisation d'une dépression par de l'agressivité, ou des hallucinations chez les sujets maori.

Il peut donc y avoir des erreurs diagnostiques de part les différences culturelles d'expression des maladies, mais aussi de par l'interprétation de la symptomatologie par les soignants.

Les représentations culturelles et les croyances religieuses du soignant peut influencer l'interprétation de la symptomatologie hallucinatoire, l'établissement d'un diagnostic et l'orientation thérapeutique.

#### **4. Errance diagnostique en situation transculturelle**

Selon Kleinman, rapporté par Baubet et Moro (12), le diagnostic psychiatrique est « l'interprétation d'une interprétation » : l'interprétation par le patient de son expérience hallucinatoire, et l'interprétation du clinicien de cette même expérience témoignée par le patient, chacun avec sa propre grille de lecture culturelle.

La dimension culturelle affecte (204) :

- l'établissement du diagnostic dans sa catégorie et sa sévérité ;
- la relation entre le thérapeute et le patient, de par l'alliance thérapeutique ;
- l'évaluation des facteurs de stress et de protection ;
- l'élaboration de la stratégie thérapeutique.

##### **a) « Misdiagnoses »**

Historiquement, Mukherjee et collaborateurs (205) sont parmi les premiers à décrire un risque d'erreur diagnostique plus élevé chez des patients afro-américains et hispano-américains atteints de troubles bipolaires, et à qui une schizophrénie avait été diagnostiquée à tort.(156) Les auteurs ont décrit trois variables significativement associées à ce type d'erreur diagnostique : la présence d'hallucinations auditives, la précocité de l'âge de début et l'origine ethnique du sujet. On peut donc proposer d'après ces critères que la présence de symptômes hallucinatoires chez un sujet jeune d'origine ethnique non-occidentale serait à risque d'erreur diagnostique sous nos latitudes, et inversement.

Al Issa (156) et Lim et collaborateurs (165) décrivent aussi que des biais culturels pourraient influencer le diagnostic de trouble psychotique chez des personnes avec une croyance forte envers le surnaturel.

Les critères diagnostiques d'un trouble psychotique sont dans cet exemple bien définis selon les attentes culturelles locales, et non strictement celles du DSM. Kleinman (206) développe ainsi le concept de « *category fallacy* », qui est l'application à un groupe culturel de critères diagnostiques définis au sein d'un autre groupe, dont la validité culturelle n'est pas établie. Il y a donc un risque d'erreur diagnostique ou « *misdiagnoses* » dans les situations où un individu manifeste un trouble psychique codé dans une culture différente que celle dans laquelle le DSM a été construit. Ainsi, la maladie mentale que présente cet individu peut s'exprimer selon des critères diagnostiques différents que ceux du DSM, de part cette différence culturelle.

Les principales causes de *misdiagnoses* sont la distance culturelle entre le clinicien et son patient, la variabilité sémiologique des troubles psychiques, et les syndromes liés à la culture, les *culture bound syndromes* (204).

#### **b) Culture bound syndrome et hallucination dissociative**

Les *culture bound syndromes* (CBS) sont décrits comme des ensembles de symptômes et comportements, considérés comme une maladie affectant les sujets d'un groupe culturel donné, pouvant être associés ou non à une catégorie diagnostique du DSM (207). Certains de ces CBS peuvent cependant correspondre aux critères du trouble dissociatif tels que l'Amok et le Bebainan (Indonésie), le Latah (Malaisie), le Pibloctoq (Artique), l'Ataque de nervios (Amérique latine) et la Possession (Inde). De manière intéressante, la prévalence du trouble dissociatif est décrite comme « décroissant avec l'industrialisation mais augmentant dans les ethnies traditionnelles minoritaires dans les sociétés industrialisées » (208).

Les « troubles dissociatifs » dans le DSM-5 regroupent le trouble dissociatif de l'identité, l'amnésie dissociative avec ou sans fugue dissociative, le trouble de

dépersonnalisation/déréalisation, et les autres troubles dissociatifs spécifiés ou non spécifiés. L'expérience de possession, décrite dans certaines cultures, peut être décrite dans le DSM sous la forme d'un trouble dissociatif de l'identité. Le caractère pathologique du trouble de l'identité relève ici de la souffrance ou de l'altération du fonctionnement de l'individu, ne pouvant par conséquent pas être assimilé à des pratiques culturelles et religieuses culturellement admises. Concernant « l'état de transe dissociatif », qui était considéré comme un état de possession propre à chaque culture, il est remplacé dans le DSM-5 par un trouble pathologique distinct du phénomène de transe culturelle.

Ces états dissociatifs décrits comme une expérience de possession peuvent entraîner des manifestations hallucinatoires plurimodales. Ils sont mis en évidence dans de nombreuses régions du monde telles que la Sibérie, l'Inde, Singapour, l'Égypte, la Nouvelle Guinée, le Sri Lanka, l'Amérique du Sud et l'Iran (207). Une revue de littérature de 2011 avait répertorié les cas cliniques relatant des faits correspondant aux critères diagnostiques du *dissociative transe disorder* du DSM-IV, entre 1988 et 2000 (208). Les auteurs ont mis en évidence dans 44% à 56% des cas la présence d'hallucinations avec la perception d'entité invisible avec qui les sujets communiquaient.

Par exemple, le *Djinnati* est un CBS de possession basé sur des observations cliniques au Baluchistan, en Iran. Le sujet se présente durant la phase de possession avec une autre identité appelée *Djinn*. Ces symptômes apparaîtraient en zone rurale, chez 0,5% des femmes uniquement, âgées de 15 à 60 ans, débutant par un déficit sensitivo-moteur des jambes, puis une altération de la conscience et une labilité émotionnelle attribuée au *Djinn*, avec des hallucinations visuelles et auditives dans respectivement 38% et 33% des cas (207). Un autre CBS appelé *mibili* est décrit comme une possession par des esprits maléfiques d'ancêtres chez les Fang en Guinée Equatoriale. Il se manifeste par des hallucinations visuelles et auditives (209).

Ces manifestations hallucinatoires, correspondant à des états de possession, peuvent

donc être physiologiques et culturellement codées, ou faire partie de critères diagnostiques de troubles psychiatriques tels que les troubles dissociatifs ou psychotiques, pouvant comme nous l'avons vu précédemment mener à un risque d'erreur diagnostique non négligeable.

En situation clinique transculturelle, la distance culturelle entre le sujet et le clinicien pourrait entraîner une errance diagnostique devant des hallucinations, par l'application de critères diagnostiques de maladies mentales définis selon des normes occidentales. Les syndromes liés à la culture du DSM décrivent en ce sens des ensembles de symptômes telles que des hallucinations, affectant les sujets d'un groupe culturel donné. Les troubles dissociatifs de l'identité du DSM peuvent également comprendre les expériences culturellement cotées de possession.

## 5. Guide de formulation culturelle du DSM 5

Le DSM, manuel diagnostique et scientifique des troubles mentaux, est l'outil le plus utilisé à travers le monde en pratique clinique et en recherche pour établir un diagnostic psychiatrique, selon des critères précis et reproductibles. Il se base sur le principe d'une « universalité » des catégories diagnostiques, sachant qu'il a été élaboré au 20<sup>ème</sup> siècle dans un contexte culture occidentale. Afin de tendre vers une validité transculturelle des éléments cliniques, et éviter les erreurs diagnostiques, le Guide de Formulation Culturelle (GFC), a été développé lors de l'élaboration du DSM-IV, puis repris dans le DSM-5 (210). Baubet (204) précise que le GFC permet ainsi d'ajouter une démarche d'évaluation de l'expérience du trouble à travers les références culturelles, traduit en anglais par le terme *illness*, c'est-à-dire l'expérience de la maladie vécue et comprise par le sujet.

Le GFC du DSM-5 se structure en quatre parties, les items proposés étant à destination du patient, mais également à l'attention du clinicien menant l'entretien.

- la première partie concerne la définition culturelle du problème et degré de gravité perçu par le patient ;
- la deuxième partie porte sur les perceptions culturelles de la cause du problème, des facteurs de stress environnementaux, et des formes de soutien (ressources personnelles, sociales ou religieuses par exemple) dont le patient dispose. L'identité du sujet (culturelle, sexuelle, de genre, ou religieuse) est investiguée par la suite, avec les liens possibles avec le problème en question ;
- la troisième partie porte sur les facteurs culturels influençant l'adaptation de l'individu et ses précédentes recherches d'aides. Le clinicien est invité à s'intéresser aux sources d'aides (médicale, sociale, communautaire, traditionnelle...) déjà mises en place par le sujet pour tenter de résoudre le problème ;
- la dernière partie s'intéresse à la recherche d'aide actuelle, en se focalisant sur les formes d'aides perçues comme étant les plus utiles par le sujet. La relation thérapeutique entre le clinicien et le patient est ensuite questionnée, avec notamment un questionnement du clinicien sur ses « *perception de racisme, de barrière linguistique ou les différences culturelles pouvant compromettre la bonne volonté, la communication ou la prestation des soins* ». Le clinicien se doit de questionner le patient sur ses préoccupations concernant ces différences culturelles.

Le GFC semble donc laisser une certaine place à la subjectivité du patient et du clinicien, et permet la prise en compte du contexte culturel dans l'élaboration du diagnostic. D'un point de vue ethno-psychodynamique, la dernière partie semble donc questionner respectivement le contre-transfert du clinicien, et le transfert culturel du patient.

Radjack et collaborateurs (211) ont évalué par une étude qualitative les diagnostics de cliniciens sur des situations transculturelles en comparant les diagnostics posés par des



internes de psychiatrie en France avec ou sans le GFC du DSM-IV. Les résultats montraient que le risque d'errance diagnostique pourrait être diminué grâce à l'utilisation du GFC, dès le début de la prise en charge, y compris pour un clinicien non sensibilisé à la psychiatrie transculturelle.

Selon Baubet (204), plusieurs limites existent dans cette approche par l'utilisation du GFC du DSM-IV. Tout d'abord, le concept de culture n'est pas préalablement défini, et la question de l'acte migratoire n'est pas évoquée. De plus, la notion de "théorie étiologique" du patient devant la problématique est complexe, fluctuante, élaborée dans une certaine temporalité et un contexte de rencontre avec un clinicien. Cette théorie n'est pas suffisamment approfondie pour pouvoir l'aborder prudemment.

L'ethnopsychanalyse, l'ethnopsychiatrie, ou la psychiatrie transculturelle ont été développées dans le but de tenter de répondre au mieux à cette problématique d'abord de la question culturelle en clinique.

Le GFC est un outil d'aide au diagnostic par une démarche d'évaluation de l'expérience du trouble à travers les références culturelles du sujet, bien que l'acte migratoire et le concept de théorie étiologique ne sont pas suffisamment abordés.

## **6. La psychiatrie transculturelle**

### **a) Définitions**

*L'ethnopsychanalyse* est un terme introduit par Georges Devereux (6), désignant une discipline utilisant une approche complémentariste, à partir de deux disciplines : l'anthropologie et la psychanalyse.

*L'ethnopsychiatrie* désigne le terme « psychiatrie » comme « système de soin » en

usage dans différentes cultures (212). Ce terme permet ainsi une ouverture à d'autres champs de la psychiatrie tels que les traitements médicamenteux et les psychothérapies non-psychoanalytiques (213).

Georges Devereux en 1978, cité par Moro (213) décrit ainsi trois types d'interactions thérapeutiques en ethnopsychiatrie : intraculturelle, interculturelle et métaculturelle.

Une relation thérapeutique est dite *intraculturelle* lorsque le thérapeute et le patient partagent la même culture, et que le thérapeute prend en compte les dimensions socioculturelles et les troubles du patient lors de la prise en charge thérapeutique.

Dans l'interaction *interculturelle*, aussi appelée « *cross-cultural psychiatry* », le patient et le thérapeute sont de cultures différentes, mais le thérapeute se positionne comme « expert » de la culture ou de l'ethnie du patient et l'utilise comme levier thérapeutique.

Enfin, dans l'interaction thérapeutique *métaculturelle*, le patient et le thérapeute sont de cultures différentes et ce dernier ne connaît pas la culture du patient mais comprend parfaitement le concept de « culture », l'utilisant alors dans l'établissement du diagnostic et la prise en charge thérapeutique. La psychiatrie métaculturelle peut être aujourd'hui appelée aussi *psychiatrie transculturelle*, signifiant « ce qui se trouve au-delà des cultures » comme dans les pays anglo-saxons : « *Transcultural Psychiatry* ».

## **b) L'ethnopsychiatrie : théorie, méthode et cadre thérapeutique**

Georges Devereux (6) est le fondateur de l'ethnopsychiatrie, dont il a construit la théorie et l'applique par la méthode complémentariste. Tobie Nathan, puis Marie Rose Moro ont ensuite défini et adapté le cadre thérapeutique, afin d'y appliquer cette méthode(213).

### **(1) La théorie de l'ethnopsychiatrie**

L'ethnopsychiatrie repose sur deux principes, celui de *l'universalité psychique* des individus, et du *codage culturel* propre à chaque individu (213). Tous les êtres humains ont ainsi le même statut, aussi bien par leur fonctionnement psychique, par leurs productions

culturelles, que par leur manière de vivre et de penser (6). La spécificité culturelle de l'individu entraîne un codage culturel lui permettant de lire le monde d'une certaine manière, par son corps et sa façon de percevoir, à travers son système d'interprétation et de construction de sens. Chacun s'approprie les représentations culturelles selon son histoire, sa famille, sa subjectivité mais aussi son contexte social ou politique (213).

## **(2) La méthode complémentariste**

*"Le complémentarisme n'est pas une théorie, mais une généralisation méthodologique.*

*Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable, il les coordonne"* (212). La méthode complémentariste consiste ainsi en l'utilisation obligatoire mais non simultanée de deux disciplines, telles que la psychanalyse et l'anthropologie dans l'ethnopsychanalyse, nécessitant un décentrage de la part des thérapeutes, afin de travailler sur deux niveaux : culturel et individuel. Cette approche permet de faciliter l'accès aux *insights* du patient, notamment par l'utilisation de leviers culturels à des fins thérapeutiques, à condition qu'ils remplissent « *un rôle de potentialisateurs de récit, de transfert ou d'affect* » (213).

## **(3) Apports de Tobie Nathan et de Marie Rose Moro**

Contrairement à la théorie de Lévi-Strauss, pour qui l'identité culturelle est un processus dynamique (214), Tobie Nathan (215) introduit la notion de clôture culturelle, nécessaire pour se restructurer psychiquement, qui entraîne la création d'un dispositif spécifique reconstituant la notion de communauté.

Marie Rose Moro a par la suite introduit le concept de *métissage* chez la personne migrante et ses descendants. Cette réflexion réside dans le fait que le voyage amènerait cette personne migrante dans un pays où la culture aurait une influence sur elle, tout comme elle aurait en retour une influence sur cette culture (213). Moro (216) décrit également que le décodage de la symptomatologie psychiatrique chez une personne migrante doit se faire à travers une analyse à 3 niveaux :

- Le niveau ontologique, *l'être*, s'intéressant à la culture et aux représentations culturelles du sujet,
- Le niveau étiologique, *le sens*, développant les théories étiologiques, c'est-à-dire le sens attribué aux symptômes, à la maladie et ses conséquences,
- Les logiques thérapeutiques, *le faire*, avec les thérapies traditionnelles et les itinéraires thérapeutiques nécessaires afin de résoudre le désordre, transformer l'être et le guérir.

#### **(4) Contre transfert culturel**

En psychanalyse, le contre transfert se définit comme l'ensemble des réactions inconscientes que le thérapeute a envers son patient. Elles sont liées aux éléments provenant directement du patient, mais aussi aux éléments propres au thérapeute. Ces derniers éléments peuvent être définis par le fonctionnement psychique, le sexe, les représentations du thérapeute et ses attentes envers le processus thérapeutique. Ils constituent le « pré-contre-transfert » opérant avant la rencontre thérapeutique (217). Devereux (218) définit le contre-transfert comme « *la somme des réactions conscientes et inconscientes que tout thérapeute et/ou chercheur en sciences humaines va avoir à l'égard de son patient et/ou de son sujet de recherche* ». La part subjective du thérapeute ou du chercheur doit donc systématiquement être prise en compte dans la thérapie ou le travail de recherche. Cette notion est particulièrement importante dans les travaux portant sur l'influence de la culture sur les troubles psychiques, notamment les hallucinations.

Le contre transfert culturel est la façon dont le thérapeute se positionne par rapport à l'altérité du patient et ses manières de penser la maladie (219), ceci étant influencé par notre histoire collective, notre appartenance linguistique, professionnelle et socioculturelle. Il y a ainsi dans chaque relation interindividuelle, mais aussi dans les travaux de recherche, une réaction de contre-transfert culturel envers son patient ou son sujet de recherche, devant le fait que tout homme est né d'une culture, et qu'il est confronté à ce qui est « différent » chez l'autre (217).

Le décodage culturel et l'utilisation de la méthode complémentariste nécessite donc un cadre thérapeutique particulier, favorable à l'analyse de ce contre-transfert culturel.

#### (5) **Des dispositifs de soin spécifiques transculturels**

Dans le dispositif de soin transculturel, Moro souligne l'importance de la notion d'*altérité en soi*, c'est-à-dire la qualité de ce qui est autre, expérimentée chez et auprès de toute personne migrante. Cette altérité doit être élaborée lors du soin, aussi bien par le patient lors de sa rencontre et sa construction du lien transférentiel avec les thérapeutes, que par ces derniers avec leur ressenti de la différence culturelle et de leur contre transfert (213). Quelque soit le dispositif de soin transculturel, un interprète médiateur transculturel est présent, afin que le patient puisse s'exprimer dans la langue choisie, et qu'un éclairage culturel soit possible. L'interprète assure le lien entre les cultures du patient et les thérapeutes. Les démarches diagnostiques et thérapeutiques partent des représentations culturelles du patient face à sa problématique, et un temps est dédié à la fin à l'analyse des contre-transferts des thérapeutes (220).

La psychiatrie transculturelle se base sur la théorie de l'ethnopsychiatrie, appliquée par la méthode complémentariste. Via un dispositif adapté comprenant un interprète médiateur transculturel, elle permet d'aborder la problématique du patient d'un point de vue individuel et culturel, et de questionner les influences de la culture du clinicien dans les soins.

## IV. Facteurs culturels intervenant dans les hallucinations précoces de l'enfant et l'adolescent.

## **A. Etat des lieux dans la littérature**

Peu d'études se sont intéressées à l'influence de la culture sur les hallucinations chez l'enfant et l'adolescent. Les recherches diffèrent dans leur méthodologie, tant par la variation des outils utilisés que par les critères d'inclusion ou les populations étudiées (comprenant parfois des jeunes adultes). De plus, les hallucinations sont souvent incluses dans des troubles psychotiques ou des expériences supra-sensorielles, sans précision sur leurs modalités, leurs interprétations, ni sur le rapport du sujet et son entourage avec elles.

### **1. Fréquence des expériences psychotiques et origine ethnique.**

L'association entre la fréquence des troubles psychotiques et l'origine ethnique des enfants et adolescents a fait l'objet de quelques travaux dans des pays occidentalisés.

Goodman et Richards (221) font partie des premiers à avoir mis en évidence une proportion significativement plus importante de troubles psychotiques et autistiques chez des adolescents anglais d'origine afro-caribéenne de 2ème génération de migrants, en comparaison à leurs pairs caucasiens, tous les sujets ayant été admis entre 1973 et 1989 dans un hôpital psychiatrique londonien.

Ces résultats ont également été retrouvés dans d'autres études anglaises. Tommac et Hodes (222) ont étudié la répartition des troubles psychiatriques parmi 113 adolescents âgés de 13 à 17 ans hospitalisés dans un service de psychiatrie à Londres, selon leur couleur de peau et leur origine ethnique. Ils ont montré que les adolescents de peau noire (d'origine afro-caribéenne ou britannique) étaient surreprésentés parmi les sujets avec un diagnostic de trouble psychotique, comparativement aux adolescents de peau blanche. Les adolescents d'origine africaine étaient particulièrement représentés, mais avaient moins souvent un diagnostic de schizophrénie en comparaison aux adolescents à peau noire d'autre origine ethnique. Ces résultats peuvent être en lien, selon les auteurs, avec la différence ethnique des sujets, mais également avec une précarité sociale, une exposition plus fréquente à des

événements de vie stressants et traumatiques chez les adolescents d'origine africaine, augmentant leur besoin d'admission en hospitalisation.

Chez des sujets anglais âgés de 9 à 12 ans, les fréquences d'expériences psychotiques et d'antécédents de schizophrénie variaient selon leur origine ethnique, mais pas selon leur statut de migrant (92). En comparaison à leurs pairs d'origine anglaise, les enfants d'origine afro-caribéenne rapportaient plus fréquemment avoir vécu au moins une expérience psychotique (sans précision sur la nature délirante ou hallucinatoire), et avaient une fréquence plus élevée d'antécédent connu ou supposé de schizophrénie. A l'opposé, les enfants d'origine d'Asie du Sud et du Moyen-Orient, en comparaison aux enfants d'origine anglaise, avaient un risque moins élevé de présenter au moins une expérience psychotique ou un antécédent de schizophrénie.

En Nouvelle Zélande, une étude s'est intéressée à la proportion de sujets maoris définis comme schizotypiques par des méthodes taxométriques, à partir d'une population générale adolescente âgée de 13 à 17 ans (223). Ces adolescents complétaient un auto-questionnaire sur la présence d'une pensée magique, d'expériences hallucinatoires, d'idées de référence ou de fausses perceptions. Il y avait une surreprésentation des adolescents d'origine maori dans le groupe de sujets définis comme schizotypiques. Cependant, ces résultats n'étaient retrouvés que lorsque les sujets se décrivaient comme descendants de maoris (l'ethnie attribuée), et non lorsque les adolescents devaient auto-attribuer leur appartenance et identité ethnique.

Concernant la fréquence de la symptomatologie psychotique dans d'autres cadres nosographiques en regard de l'origine ethnique, une étude montrait que les adolescents afro-américains, âgés de 12 à 18 ans avec diagnostic de trouble bipolaire semblaient présenter plus de symptômes positifs, notamment plus d'hallucinations auditives en comparaison à des sujets caucasiens (224).

Certaines études se sont par ailleurs intéressées à l'influence de l'appartenance à une minorité ethnique sur l'apparition d'expériences psychotiques. Ainsi, Eilbracht et collaborateurs



(225) ont évalué la relation entre la densité ethnique et les expériences psychotiques chez 4375 adolescents âgés en moyenne de 14 ans dans des écoles des Pays-Bas. Les résultats mettaient en évidence une légère augmentation des expériences psychotiques dans le groupe d'adolescents appartenant à une minorité ethnique en comparaison aux adolescents d'origine néerlandaise, sans différence significative concernant la souffrance exprimée. Il y avait des plus hauts niveaux d'idée délirante et d'idées de grandeur chez les sujets appartenant à une minorité ethnique, mais pas de différence significative entre les groupes concernant la proportion d'hallucinations, de croyances paranormales et de paranoïa. Dans cette étude, l'ensemble des origines ethniques était rassemblé dans le groupe de minorité ethnique. Une analyse des résultats selon les différentes origines ethniques a cependant montré que les sujets d'origine surinamienne ou antillaise (n=178) montraient des niveaux plus élevés d'expériences psychotiques en comparaison au groupe de majorité ethnique. De façon opposée, les adolescents d'origine turque (n=182) montraient un score plus élevé d'idées délirantes, mais avaient moins de croyances paranormales, tout comme les sujets d'origine marocaine (n=228), qui rapportaient moins de croyance paranormale, d'hallucinations et de paranoïa que leurs pairs d'origine néerlandaise.

Une autre étude néerlandaise plus récente (226) a comparé la prévalence d'expériences psychotiques chez des sujets appartenant à une minorité ethnique avec celle de leurs pairs d'origine néerlandaise, dans une population générale de 1194 adolescents âgés en moyenne de 13,5 ans. Les résultats montraient qu'il n'y avait pas de différence de prévalence d'expérience psychotique entre les sujets de groupes ethniques minoritaires en comparaison aux adolescents d'origine ethnique majoritaire, mis à part pour les sujets d'origine turque qui présentaient un niveau plus bas d'expériences hallucinatoires.

Il semble exister une association entre le fait d'appartenir à un groupe ethnique minoritaire et une fréquence plus élevée ou plus faible de manifestations psychotiques, sans nécessairement de souffrance associée. Des différences sont observées selon le groupe ethnique des adolescents .

## 2. Hallucinations et dissociation chez l'enfant et l'adolescent

Un syndrome dissociatif peut être observé lors de phénomènes de possession, ou de troubles du sommeil. Nous pouvons citer des exemples de l'influence de la culture sur les manifestations hallucinatoires dans ces deux situations.

Des expériences hallucinatoires sont retrouvées dans de nombreux syndromes liés à la culture, notamment dans des cas de possession de masse, par des esprits, comme le *grisi sikinis* (« maladie folle ») chez les Miskitus dans le nord-est du Nicaragua (227). D'autres cas de possessions de masse ont été décrites, pouvant se caractériser par un ressenti d'agression, des convulsions, et des cris, pouvant aller jusqu'à des hallucinations visuelles. En Thaïlande, par exemple, des enfants dans un état de conscience altérée décrivaient des hallucinations visuelles à type de vieille femme, assimilée à un esprit, et qui essayait de les enlever. Ce cas de possession s'était produit dans un contexte de violences militaires affectant leur école. Ces phénomènes de possession peuvent être interprétés localement comme un stress psychosocial, causé par un changement culturel et des conflits ethniques (227). Comme le décrit Bartholomew, cité par Wedel (227) Leurs survenues se font habituellement dans des sociétés en flux migratoire, avec de rapides changements sociaux et culturels .

La paralysie du sommeil est décrite comme un état dissociatif durant lequel un sujet a une paralysie motrice, lors de l'endormissement ou au réveil. Les hallucinations hypnagogiques (à l'endormissement) et hypnopompiques (au réveil) associées sont de trois types (228):

- L'intrus caractérisé par une sensation de peur ou d'une présence désagréable avec des hallucinations visuelles et auditives ;
- Les expériences corporelles inhabituelles caractérisées par des sensations de flottement et de corps en dehors de soi ; les individus voyant leur propre corps de l'extérieur, comme s'ils l'avaient quitté ;
- L'incubation, en référence à une sensation de pression thoracique et un essoufflement.

De nombreuses cultures interprètent différemment les manifestations hallucinatoires de la paralysie du sommeil, avec une perspective surnaturelle et spirituelle en lien avec le folklore local (228). Chez des adolescents à Mexico, Jimenez-Genchi et collaborateurs (229) ont montré que l'expression « *se me subio el muerto* » ("un corps mort grimpe sur moi"), rattachée à la paralysie du sommeil, était très familière chez 92,5%, d'entre eux et expérimentée chez 25,5 % d'entre eux. D'autre part, les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques étaient vécues par 22% des sujets. Dans 72% des cas où l'expérience d'un "corps mort grimpant sur soi" était relatée, des hallucinations étaient associées à une paralysie du sommeil, alors que seuls 7,8% d'entre eux ne relataient que des hallucinations et 20,2% seulement une paralysie du sommeil.

Il y a une variation culturelle des hallucinations lors des syndromes dissociatifs et de l'interprétation des hallucinations lors de la paralysie du sommeil en population pédiatrique.

### **3. Religion et hallucinations chez l'enfant et l'adolescent**

Comme déjà citée, Jeanne d'Arc est un exemple historique de manifestations hallucinatoires chez une adolescente avec une forte influence culturelle et religieuse sur leur thématique et leur interprétation. Elle a en effet rapporté sa première expérience hallucinatoire à l'âge de 13 ans et après plusieurs épisodes, identifiait la voix comme appartenant à L'Archange Mickael. Ses hallucinations visuelles étaient parfois associées à une lumière intense concomitante à la voix ou une image qu'elle identifiait comme étant celle de Saints tel que Saint Michel, Sainte Catherine ou Sainte Margaret. Ces épisodes pouvaient être quotidiens, diurnes ou nocturnes et duraient jusque quelques minutes. Le diagnostic de schizophrénie n'était pas relevé, et les hypothèses en faveur d'une épilepsie ou migraine avec aura avaient été discutées (230).

Steenhuis et collaborateurs (231) ont évalué l'influence de la religiosité sur les expériences hallucinatoires chez des enfants de 7 et 8 ans en comparaison à un groupe de pairs sans hallucination, sur une durée de 5 ans. Ils ont montré une relation non linéaire entre la religiosité et la présence d'hallucinations acoustico-verbales. Les sujets modérément religieux avaient plus tendance à rapporter des hallucinations acoustico-verbales en comparaison aux adolescents non religieux. Il n'y avait pas de différence entre les groupes d'adolescents très croyants et non croyants.

D'après Meltzer (232) le fait d'être modérément religieux était associé à une plus grande probabilité d'avoir des plaintes émotionnelles ou religieuses, avec un risque plus élevé de psychopathologie, de culpabilité, d'ambivalence et d'hostilité devant une discordance avec leur environnement et leurs parents en comparaison aux personnes non religieuses ou très religieuses.

Dans leur étude, Steenhuis et collaborateurs (231) proposaient que chez les adolescents avec une religiosité forte, celle-ci pouvait être un facteur protecteur de développer une

symptomatologie hallucinatoire, en accord avec des études montrant un impact positif de la religion sur l'abus de substance, l'anxiété, et les symptômes dépressifs. On note parmi les limites de cette étude la zone géographique limitée à une ville rurale des Pays Bas réputée comme étant peu religieuse. Les résultats se limitent donc à ce contexte religieux protestant calviniste.

La religiosité peut avoir une influence positive ou négative sur le contenu, la fréquence et le retentissement des hallucinations selon son intensité

#### **4. Culture, hallucinations et recours aux soins chez l'enfant et l'adolescent**

Nous avons vu précédemment que la DPNT pouvait varier selon les cultures chez l'adulte (160). Une étude anglaise (233) a décrit que la DPNT chez les adolescents était plus de deux fois supérieure à celui des adultes, sachant que la DPNT était décrite comme le temps nécessaire pour recevoir un traitement et être pris en charge dans un service de soins psychiatrique. Il y avait de plus une DPNT médiane significativement plus longue dans le groupe d'adolescents caucasiens en comparaison aux groupes d'adolescents noirs, asiatiques et d'autres origines ethniques minoritaires. Les adolescents caucasiens avaient également un début de maladie plus précoce et une consommation de cannabis plus élevée.

Les auteurs suggèrent que ces résultats peuvent être expliqués par la surreprésentation des adolescents noirs atteints de troubles psychotiques dans les unités d'hospitalisation, et une probabilité plus importante d'admission sous contrainte et de détention, facilitant ainsi la mise en place du traitement antipsychotique (222).

L'origine ethnique des adolescents peut être associée à une DPNT plus longue.

## B. Cas clinique

Amadou est un jeune homme d'origine malienne, rencontré lorsqu'il avait 16 ans, durant un stage d'internat dans un service d'hospitalisation en psychiatrie. Il était régulièrement hospitalisé pour ses injections d'antipsychotique à action prolongée, ou lors de décompensations psychotiques. Il présente une histoire familiale et migratoire difficile, et un parcours de soin psychiatrique déjà complexe rapporté ici via les notes médicales et courriers issus de sa prise en charge.

Fils unique et orphelin, il perdit ses parents à l'âge de 13 ans, dans des circonstances inconnues. Il était recueilli par un oncle paternel qu'il appelait « petit papa » et qui aurait été maltraitant envers lui, l'ayant forcé à se déscolariser pour travailler. C'est dans ce contexte qu'il aurait commencé son parcours migratoire, décidant de fuir le Mali avec l'aide d'un ami de son père défunt, et de traverser l'Afrique de l'Ouest jusqu'en Lybie où il décrivait être resté un certain temps avant de traverser la mer Méditerranée. En mer, il rapportait le souvenir traumatique du naufrage de son bateau, puis un sauvetage par des garde-côtes, et l'apparition à ce moment précis d'hallucinations visuelles et acoustico-verbales. Ces expériences hallucinatoires étaient caractérisées par la présence d'un « Djinn », représenté par une « diablesse », avec des injonctions hallucinatoires de « ne pas parler aux autres » et de « s'isoler dans la forêt ». Amadou rapportait avoir eu en parallèle un stress important et une peur intense de mourir lors de ce naufrage. Ces éléments psychotiques et anxieux persistaient durant son passage par l'Italie, jusque dans la région des Hauts de France où il sollicitait pour la première fois les services de soin psychiatrique. En effet, à son arrivée il se rendit à la consultation d'urgence de pédopsychiatrie de l'hôpital, accompagné par une bénévole d'une association aidant les mineurs non accompagnés arrivant dans la métropole. Cette demande de rencontrer un médecin était motivée par le constat « *d'être le seul à entendre des voix* ». Un jeune du foyer d'urgence où Amadou était hébergé l'accompagnait également afin d'assurer

l'interprétariat en Bambara, unique langue parlée par Amadou. Par sa présence, ce jeune accompagnateur pouvait préciser lors du récit d'Amadou que « *au pays (le Mali), quand on entend des voix, on nous dit de s'isoler dans la forêt* ».

Une première hospitalisation courte fut décidée en centre d'accueil et de crise pour une évaluation clinique et une prise en charge sociale, notamment pour le dossier de demande de reconnaissance du statut de mineur non accompagné et une prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Durant les entretiens avec interprétariat téléphonique, Amadou critiquait facilement ses hallucinations, leur attribuant un caractère anormal, et témoignant d'une souffrance devant leur aspect intrusif et incontrôlé. Il manifestait de plus une symptomatologie traumatique, avec une hypervigilance et des cauchemars récurrents, sans par ailleurs de syndrome désorganisationnel décrit par les psychiatres durant cette hospitalisation. Se posait alors la question du diagnostic psychiatrique devant ce tableau clinique mixte et atypique : s'agissait-il d'un premier épisode psychotique aigu, ou d'un état de stress post-traumatique ? Il sortait finalement avec un traitement anxiolytique et un projet de suivi psychologique et social par l'équipe mobile santé précarité du secteur.

Trois mois plus tard, Amadou revenait à la même consultation d'urgence pédopsychiatrique, accompagné d'une éducatrice de son foyer, qui manifestait son inquiétude devant une aggravation de la situation d'Amadou. En effet, il restait prostré, isolé dans sa chambre, et rapportait des hallucinations de plus en plus intenses. Le traitement était rapidement arrêté à sa sortie, et aucun suivi n'avait pu être instauré, notamment devant la situation complexe d'un point de vue administratif. Il fut alors hospitalisé dans une unité de soins libres psychiatriques. Amadou était décrit à ce moment-là comme un jeune plus distant, en retrait, témoignant d'une tristesse de l'humeur associé à des troubles anxieux avec une symptomatologie traumatique marquée. Les hallucinations s'étaient aggravées, avec une injonction plus intenses de passage à l'acte auto-agressif et d'isolement. Seuls les quelques entretiens avec interprétariat téléphonique avaient pu préciser que par le passé, son oncle

aurait été violent moralement et physiquement à son endroit. Il aurait également subi des violences en Lybie, avant son embarquement pour la mer Méditerranée. Son état s'aggravait, malgré l'adaptation thérapeutique en faveur d'un état de stress post-traumatique complexe. L'adhésion aux hallucinations était croissante, et s'y ajoutait un délire de persécution (« *quelque chose me suit pour m'étrangler* », « *si je ne sors pas d'ici, il va m'arriver quelque chose* »), associée à des idées morbides et une peur intense. Il s'opposait de plus en plus aux soins, au corps médical, et aux traitements médicamenteux qu'il jugeait « *inefficaces contre les esprits* », se rapprochant de plus en plus de la religion qu'il estimait être l'unique moyen de guérison contre les « Djinns ». Devant son hostilité croissante, et un risque de fugue estimé important, un transfert en unité de soins psychiatriques sous contrainte avait été décidé.

C'était lors de cette hospitalisation qu'étaient décrits des éléments de désorganisation intellectuelle avec barrages, fading, et désorganisation idéo-affective qui amenaient à la mise en route d'un traitement anti-psychotique. Les hallucinations étaient d'intensité fluctuante, mais la méfiance installée et les difficultés de communication avec Amadou contribuaient à une alliance thérapeutique de plus en plus précaire. Les tentatives de fugue se multipliaient, et l'évaluation clinique était peu fiable. Par ailleurs, Amadou se plaignait de plus en plus d'une symptomatologie digestive douloureuse, sans anomalie retrouvée au bilan étiologique, ni d'efficacité des traitements antalgiques. Après 6 mois d'hospitalisation, et suite à une phase d'accalmie marquée par une meilleure coopération, et une diminution des éléments délirants, Amadou pouvait intégrer un nouveau foyer, et était reconnu administrativement mineur non-accompagné. Les soins consistaient alors en une hospitalisation tous les 15 jours dans le service de soins libres psychiatriques pour la réalisation d'une injection d'antipsychotique à action prolongée, assortie d'une évaluation clinique et d'éventuelles adaptations thérapeutiques.

C'est durant ces hospitalisations que j'ai rencontré Amadou. Le patient présentait cliniquement des recrudescences hallucinatoires associées à une symptomatologie anxieuse et



des plaintes douloureuses et fonctionnelles digestives récurrentes. Il décrivait des cauchemars traumatiques avec l'apparition d'une « *diabliesse* », et des reviviscences diurnes du naufrage quotidiennement. Des entretiens avec interprétariat téléphonique lui avaient permis d'exprimer son regret face à sa décision d'exil, devant le constat des souffrances dues à l'apparition de la maladie et en particulier des hallucinations. Il nous livrait son interprétation quant à l'arrivée des « Djinns » depuis le naufrage : ils seraient selon lui la manifestation maléfique du « Djinn » dont il aurait été ensorcelé lors d'un rituel traditionnel organisé par son oncle, afin « qu'il lui rapporte beaucoup d'argent ». Durant une de ses hospitalisations, à sa demande, une rencontre avec un imam pouvait être organisée. Ce temps lui avait permis de verbaliser ses inquiétudes, et de se rapprocher de la religion à but de réassurance. A deux reprises, un apaisement avait été constaté après des entretiens en Bambara, et une adaptation du traitement anxiolytique et antidépresseur. Il y avait à ce moment une sensible amélioration dans l'alliance thérapeutique, même si persistait une méfiance quant aux traitements conventionnels. Il demanda lors de notre dernier entretien à rencontrer un tradipraticien.

Jusqu'à ce jour, l'évolution clinique d'Amadou est marquée par plusieurs décompensations psychotiques, entraînant des hospitalisations dans des services de soins psychiatriques en milieux fermé et ouvert, ainsi que des adaptations thérapeutiques devant une symptomatologie hallucinatoire auditive persistante, et des idées délirantes autour de la possession. L'intrication entre les symptomatologies hallucinatoires et traumatiques continuent de rendre complexe cette prise en charge, avec de plus les difficultés relatées par les soignants, liées à la « barrière de la langue ».

## **C. Discussion du cas clinique**

### **1. Hallucinations et culture chez Amadou**

Dans cette vignette clinique, Amadou présentait des hallucinations pluri-modales, visuelles et acoustico-verbales, associées à un petit automatisme mental de De Clérambault, avec injonctions par la voix de femme de passage à l'acte auto-agressif et d'isolement. Ces hallucinations étaient intrusives, envahissantes, avec un retentissement émotionnel intense à type de peur et d'anxiété. Amadou critiquait d'abord partiellement ses expériences hallucinatoires, puis y adhérait de plus en plus en parallèle de la montée de sa méfiance vis-à-vis du corps soignant et des traitements conventionnels. Ses hallucinations étaient à thématique mystique à type de possession par une « diablesse », appelée « Djinn ».

Lim et collaborateurs (165) décrivaient que dans 21,3% des cas cliniques de sujets atteints de schizophrénie rapportant la présence de « Djinns », les hallucinations étaient pluri-modales, avec des composantes auditives, visuelles, gustatives, olfactives et cénesthésiques. Il y avait en effet chez Amadou des doutes sur la présence d'hallucinations cénesthésiques, notamment lorsqu'il évoquait des plaintes fonctionnelles digestives sans étiologie retrouvée.

Amadou est originaire du Mali, membre de la communauté Bambara, provenant du groupe ethnique des Mandingues. Chez les Bambaras, la religion musulmane est majoritaire, et cohabite avec les croyances traditionnelles, dont certains rites tels que le culte des ancêtres. Les croyances aux « Djinns » s'ancrent profondément dans le quotidien des communautés musulmanes. Selon le Coran, cité par Lim et collaborateurs (165), les « Djinns » sont des êtres invisibles créés par Allah. Ils ont un cycle de vie comparable aux humains, et ont des pouvoirs surnaturels tels que voler, ou communiquer avec les humains et d'autres êtres surnaturels. Ils peuvent être invisibles ou visibles selon leur souhait, pouvant prendre la forme d'animaux, d'êtres mystiques, d'ombre ou encore d'humains. Les « Djinns » sont de nombreux types, pouvant avoir un nom et être différenciés selon leur sexe, leurs habitudes de vie et leur origine

géographique. Parmi les « Djinns » maléfiques, on peut citer *Shaytaan* (les diables), ou *Maarid* (les démons).

Selon les croyances traditionnelles, les personnes les plus vulnérables aux possessions de « Djinns » sont celles traversant une période de transition dans leur vie telle que la circoncision, les menstruations, la grossesse, la maternité, le mariage récent ou les voyages. Bien que les « Djinns » sont décrits comme parfois aidant dans la vie des humains, ils sont souvent portés responsables d'une large variété de problèmes, aussi bien d'origine psychiatriques tels que des troubles anxieux, dysthymiques ou psychotiques, ou d'origine non-psychiatriques, tels que les problèmes gynécologiques ou sexuels.

Les soins traditionnels et spirituels sont fréquents chez les sujets de confession musulmane (160). En effet, Amadou avait demandé à plusieurs reprises lors de nos rencontres l'intervention d'un tradipraticien ou d'un imam dans le but de le soigner ses symptômes psychotiques. L'apaisement observé chez Amadou par la suite des rencontres avec un imam peut ainsi signifier ce besoin de mise en sens de ses souffrances, en lien avec ses croyances traditionnelles.

Un autre élément culturel intéressant est le contenu de ses hallucinations auditives. Depuis la survenue de la symptomatologie traumatique et psychotique, la voix de femme décrite lui ordonnait de s'isoler dans la forêt. Le jeune homme l'ayant accompagné lors d'une consultation, lui-même étant probablement Bambara, avait précisé qu'au Mali, le fait de s'isoler dans la forêt était associé avec le fait de devenir fou. Nous pouvons supposer qu'Amadou expliquait l'apparition des expériences hallucinatoires et le stress aigu suite à l'évènement traumatique par le fait de « devenir fou ».

Dans cette vignette clinique, la culture et la religion d'Amadou ont donc pu influencer le contenu hallucinatoire, et les demandes de recours aux soins d'Amadou.

## 2. Orientations diagnostiques dans la situation d'Amadou

Dans cette situation clinique, plusieurs diagnostics étaient évoqués face à la symptomatologie hallucinatoire d'Amadou. Depuis le premier contact avec les soins psychiatriques et jusqu'à ce jour, des zones d'ombre persistent dans l'orientation diagnostique. Nous proposons une analyse du tableau clinique d'Amadou suivant les critères diagnostiques du DSM 5 (DSM 5), sachant que plusieurs catégories diagnostiques peuvent être intriquées. Ces dernières sont exposées ici selon l'ordre qui me paraît le plus probable.

### a) Etat de stress post-traumatique

Des éléments sont en faveur d'un état de stress post-traumatique complexe avec symptômes dissociatifs, en accord avec les critères diagnostiques du DSM 5 (210).

Il y a eu une exposition directe à la mort avec sensation d'effroi, et une exposition en étant témoin direct d'évènements traumatiques survenus à d'autres personnes lors du naufrage de son bateau. On peut noter d'autres évènements traumatiques flous avant et pendant la phase migratoire, telle que la maltraitance par son oncle, ou les violences rapportés en Lybie (Critère A).

On note la présence de symptômes envahissants associés à l'évènement traumatique du naufrage, ayant débuté après la survenue de cet évènement, et provoquant un sentiment de détresse (Critère B). On retrouve ainsi des reviviscences diurnes et des cauchemars traumatiques difficiles à évaluer car marqués par des hallucinations, tout comme les éléments dissociatifs pouvant être assimilés au délire de possession d'Amadou.

Les conduites d'évitement (critère C) sont peu évaluables devant les difficultés à identifier les stimuli associés à l'évènement ou les évènements traumatiques.

Il y a une nette altération des cognitions et de l'humeur (critère D). Sur le plan de l'altération cognitive, on note des croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant lui-même, d'autres personnes ou le monde avec des distorsions cognitives à propos

de la cause ou la conséquence de l'évènement traumatique. En effet, le délire de possession par un « Djinn » pourrait aussi être associé à une croyance négative sur lui, codée par un phénomène courant et accepté dans sa culture. De plus, il montrait en hospitalisation une méfiance envers le personnel soignant et les traitements qu'il jugeait inefficaces, et avait l'impression que « *quelque chose le suivait pour l'étrangler* », ou que « *s'il ne sortait pas d'ici, il allait lui arriver quelque chose* ». Ces derniers éléments évoquent une croyance négative persistante et exagérée sur les personnes extérieures et le monde. Par ailleurs, le fait de penser que le « Djinn » le possédant est la manifestation maléfique du « Djinn » dont il aurait été ensorcelé lors d'un rituel traditionnel organisé par son oncle, pourrait être une distorsion cognitive à propos de la cause de l'évènement traumatique. Sur le plan de l'altération de l'humeur, Amadou présentait un état émotionnel négatif persistant, un faible intérêt (ne pouvant cependant être comparé à un état antérieur) et une incapacité à décrire des émotions positives.

Il y avait une altération marquée de l'éveil et de la réactivité depuis l'évènement traumatique, avec une hypervigilance, des problèmes de concentration et une perturbation du sommeil et des tentatives de fugue (critère E). Les critères duraient plus d'un mois (critère F) avec une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement social et scolaire (critère G). Il n'y avait pas d'imputabilité des symptômes à une substance, même s'il y a un doute sur d'autres pathologies psychiatriques (critère H).

### **b) Schizophrénie**

Le diagnostic de schizophrénie peut être évoqué chez Amadou devant la présence (critère A) :

- d'une symptomatologie hallucinatoire pluri-modale ;
- d'un délire à thématique mystique autour de la possession ainsi qu'un délire de persécution durant certaines hospitalisations ;
- d'une désorganisation intellectuelle fluctuante, observée après plusieurs mois de prise en charge ;
- de symptômes négatifs à type d'isolement et de retrait.

Il existe également un retentissement fonctionnel au niveau des relations interpersonnelles, et l'apprentissage (critère B). Notons que la migration et les différences de langues peuvent avoir une influence devant les difficultés de communication et de compréhension, altérant les relations et apprentissages.

Les troubles évoluent depuis plus de 6 mois (critère C) sans imputabilité à une substance (critère E).

Concernant le critère D, qui questionne l'exclusion d'autres troubles psychiatriques avec symptômes psychotiques, il y existe un doute avec la présence d'un trouble dépressif atypique devant le manque d'intérêt, les troubles du sommeil, le ralentissement, les troubles de concentration, et la présence d'hallucinations.

### **c) Trouble dépressif caractérisé atypique**

Un trouble dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques congruents à l'humeur peut être évoqué, à moindre mesure, devant ce tableau.

Amadou présentait en effet une tristesse de l'humeur, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités, des troubles du sommeil et un régulier ralentissement psychomoteur et des difficultés de concentration (critère A). Il y avait une détresse significative et une altération du fonctionnement social et scolaire (critère B), mais l'épisode semblait imputable et mieux expliqué par une autre cause psychiatrique.

## **3. Errance diagnostique dans la situation d'Amadou**

L'errance diagnostique devant cette situation peut être expliquée par plusieurs éléments, tant par le tableau clinique complexe que par l'influence des facteurs culturels et développementaux sur la symptomatologie et sur la prise en charge.

Tout d'abord, il y a chez Amadou une intrication entre les symptômes psychotiques tels que les hallucinations, et les éléments traumatiques. En population générale adulte, Alsawy et

collaborateurs (77), ont montré qu'il y avait une association significative entre les antécédents d'évènements traumatiques et la survenue d'hallucinations auditives et de paranoïa, avec une relation dose-effet. Il en était de même entre la présence de symptômes de reviviscence, et la survenue d'hallucinations et de paranoïa. Les hallucinations et les éléments de persécutions sont deux éléments retrouvés chez Amadou, pouvant donc être en lien avec l'évènement traumatique et les reviviscences traumatiques. Ces résultats soutiennent les résultats de Soosay et collaborateurs (234) qui mettent en avant, au Timor Leste, que les sujets rapportant des expériences psychotiques avaient eu une exposition plus élevée à des évènements traumatiques, et présentaient plus souvent un état de stress post-traumatique.

Chez des sujets ayant un état de stress post-traumatique dans une étude réalisée aux Etats-Unis (235), 17,2% rapportaient avoir eu des symptômes psychotiques, dont 72,3% des hallucinations. Toujours en population clinique, une méta-analyse (236) avait mis en évidence chez les sujets présentant un trouble psychotique, une association significative entre la présence de traumatismes infantiles et la sévérité des hallucinations et des délires. De plus, Matheson et collaborateurs (237) montraient un taux plus élevé de traumatismes durant l'enfance et l'adolescence, chez des sujets atteints de schizophrénie, en comparaison à des sujets en population clinique sans trouble psychotique.

Une autre difficulté dans l'élaboration diagnostique réside dans le fait que les hallucinations en période développementale peuvent être intégrées à un trouble psychotique, un état de stress post-traumatique, un trouble anxieux ou un trouble dysthymique. De plus, la résistance aux différentes lignes de traitements antipsychotiques et antidépresseurs questionnent l'indication de ces prescriptions, et montrent les limites de la prise en charge avec la question de la place de la psychothérapie.

La possession qu'Amadou décrivait, peut être assimilée à un état délirant, mais aussi à une forme d'extériorisation culturellement codée d'une situation de détresse réactionnelle à un évènement de vie. Cette possession ne peut suffire à l'établissement d'un diagnostic

psychiatrique (12). Les hallucinations peuvent aussi être l'expression extériorisée culturellement codée, d'éléments de souffrances intériorisés tels que des reviviscences ou des affects négatifs.

Par ailleurs le diagnostic de dépression est difficile en situation transculturelle, les cliniques étant différentes selon les cultures, notamment en Afrique, où la tristesse de l'humeur n'est pas un symptôme constant. En situation transculturelle, la présence d'hallucinations visuelles et auditives, d'idées de possessions et de persécution, et de plaintes somatiques masquent fréquemment une dépression. Elles sont une façon de traduire des symptômes d'une manière qui est comprise par le groupe culturel du sujet (238).

Thierry Baubet (239) décrit que « *la culture intervient à la fois dans la manière dont le patient va expérimenter ses symptômes, dans la manière dont il va les communiquer au clinicien, dans la sélection de ceux qu'il va considérer comme graves ou bénins, comme communicables ou devant rester cachés, etc* ». La dimension transculturelle est donc importante à prendre en compte dans l'élaboration diagnostique et dans la prise en charge, d'après les éléments d'introspection que le patient peut livrer. Ici, il y a peu d'investigation du sens qu'Amadou donne à ses troubles, probablement devant la nécessité de la présence d'un interprète médiateur transculturel, et le manque de sensibilisation à la pratique clinique transculturelle des thérapeutes. La présence d'un interprète médiateur transculturel est d'autant plus importante que la culture d'Amadou influence sa conviction d'être possédé, et le contenu de ses hallucinations visuelles et auditives. Un des entretiens avec un autre jeune partageant sa culture et sa langue maternelle avait permis de relever le sens culturel du contenu de ses injonctions hallucinatoires, reflétant la manière dont les hallucinations sont perçues dans sa culture. Une autre consultation avec interprétariat téléphonique et une approche transculturelle avait révélé en partie la cause et le sens qu'Amadou attribuait à ses hallucinations, en lien avec sa culture mais aussi son histoire personnelle.

La manière dont le patient communique ses symptômes et le sens qu'il leur attribue



peuvent aussi être influencés par la qualité de l'alliance thérapeutique avec les cliniciens. Dans cette situation, cette alliance était précaire, avec une méfiance qui pouvait s'expliquer par une composante délirante ou une altération cognitive négative, mais aussi par cette distance culturelle dans l'abord de la problématique, des symptômes et la manière d'amender la souffrance qui en résulte. La faible prise en compte du regard d'Amadou face à ses hallucinations avait probablement contribué à favoriser sa méfiance envers les traitements médicamenteux, ainsi que sa confiance envers les soins traditionnels et religieux, très répandus dans sa culture.

#### **4. Populations à risque**

Amadou est un mineur non accompagné présentant une symptomatologie psychotique et post-traumatique dans un contexte migratoire complexe. Nous allons faire un bref état des lieux des connaissances sur l'influence de la migration sur les troubles psychiatriques, puis sur la population à risque des mineurs non accompagnés.

##### **a) Migrants de 1ère, 2ème et 3ème génération**

De nombreux travaux se sont intéressés à la relation entre la migration et les troubles psychotiques. Les troubles psychotiques sont plus importants chez les populations migrantes en comparaison aux populations non migrantes, et ce dans plusieurs pays (240).

Une méta-analyse (241) sur l'incidence de la schizophrénie des sujets migrants a mis en évidence un risque relatif (RR) de :

- 2,9 pour l'ensemble des sujets de 1<sup>ère</sup> génération de migrants et enfants de migrants ;
- 2,7 pour les migrants de 1<sup>ère</sup> génération ;
- 3,3 pour les migrants provenant de pays en voie de développement ;
- 4,5 pour les enfants de migrants ;
- 4,8 pour ceux provenant de pays « à majorité d'habitants à peau noire ».

Ce RR est de 1,8 pour l'ensemble des migrants dans une autre méta-analyse (242). Il y a donc un risque plus important de développer un trouble psychotique lorsque le sujet présente des antécédents personnels ou familiaux de migration.

En France, Pignon et collaborateurs, (243) ont mis en évidence dans une étude s'intéressant à la prévalence de symptomatologie psychotique dans la population générale du Nord de la France, que le fait d'être migrant de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> génération est significativement associé à un risque plus élevé de présenter des hallucinations et/ou des éléments délirants. La prévalence de dépression unipolaire est également plus élevée chez l'ensemble de la population migrante. Par ailleurs, les auteurs montrent dans une autre étude (Pignon et al 2019) qu'il y avait plus de sujets migrants de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> génération dans le groupe de sujets présentant des troubles psychotiques (Odds ratio entre 1,52 et 2,08), en comparaison aux groupes de sujets avec un trouble bipolaire, psychotique ou non psychotique. Le fait d'être migrant de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> génération est donc associé à une augmentation de l'incidence de trouble psychotique mais pas de trouble bipolaire.

Selon Amad et collaborateurs (244), il y a bien persistance d'une fréquence élevée d'épisodes psychotiques simples chez les sujets migrants de 2<sup>ème</sup> génération en France. Pour la 3<sup>ème</sup> génération, il existe un risque persistant d'un trouble psychotique récurrent. La migration semble donc avoir une influence sur les troubles psychotiques pouvant non seulement se maintenir sur plusieurs générations, mais aussi s'aggraver dans leur forme au fil des générations.

L'augmentation du risque de développer un trouble psychotique chez les populations migrantes peut être expliquée d'un point de vue socio-développemental, avec une exposition augmentée à l'adversité sociale, notamment par (239,244–246) :

- La perception de discrimination raciale par la société hôte, avec un lien dose-effet ;
- La perte de liens sociaux ;
- Le dysfonctionnement familial, la séparation ou la mort d'un parent avant 16 ans ;

- La pauvreté et le ressenti de défaite sociale ;
- La réticence ou la honte du patient et des familles, relatives à leur culture, à se diriger vers le système de soin psychiatrique conventionnel occidental, entraînant ainsi un retard de soin.

Les hypothèses de prédisposition génétique de certains groupes ethniques, d'affection périnatales ou d'exposition à des facteurs de risques n'ont pas été confirmées.

D'autres études portent sur l'influence de la migration sur la souffrance psychique des enfants et adolescents migrants, en les comparant à leurs pairs. Tillman (247) a ainsi montré que les adolescents migrants primo-arrivants montraient moins de symptômes dépressifs que leurs pairs natifs des Etats-Unis. Ils avaient par ailleurs moins de problèmes externalisés (agressions, exclusion scolaire) que les adolescents migrants de 2<sup>ème</sup> génération. Pena et collaborateurs. (248) ont mis en évidence un risque suicidaire moins important chez les adolescents latino-américains primo-arrivants en comparaison à leurs pairs migrants de 2<sup>ème</sup> génération. Par ailleurs, d'après Singh, Yu et Kogan (249), le risque de dépression était plus bas chez les enfants de 2<sup>ème</sup> génération de migrants (à l'exception de ceux d'origine asiatique) en comparaison aux enfants natifs des Etats-Unis.

Kim et collaborateurs (250) ont comparé l'état de santé mentale d'enfants de 4 groupes d'origines ethniques différentes aux Etats-Unis en les différenciant en deux groupes : les sujets de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> génération et ceux de 3<sup>ème</sup> génération de migrants. Après analyse multivariée, les enfants de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nd</sup> générations de migrants originaires d'Asie, d'iles du Pacifiques et d'Amérique Latine avaient significativement plus de dépression et de troubles du comportement que ceux de 3<sup>ème</sup> génération. Ces troubles étaient plus importants chez les enfants dont les deux parents d'origine asiatique étaient nés en dehors d'Amérique du Nord (AN), en comparaison aux enfants dont un seul des deux parents était né en dehors d'AN. Pour les enfants d'origine afro-américaine, ceux de 3<sup>ème</sup> génération de migrants avaient significativement plus de troubles du comportement que les enfants de l'autre groupe. Ces résultats peuvent

résulter d'une exposition des sujets d'origine afro-américaine à des niveaux plus importants de discrimination raciale. De plus, l'étude mettait en avant que les jeunes d'origine asiatique et latine montraient des niveaux plus élevés de dépression (internalisés), et les adolescents d'origine afro-caribéenne rapportaient des niveaux plus élevés de troubles du comportement (externalisés) en comparaison aux autres jeunes des autres groupes ethniques.

Le statut de migrant et d'enfant de migrant a une influence sur la manifestation de troubles psychotiques, avec des différences selon les générations de migrants, notamment devant une augmentation de l'exposition à une adversité sociale. Les troubles psychotiques observés semblent globalement plus graves au fil des générations, et en comparaison aux sujets non migrants. Concernant les troubles thymiques, il n'y a pas d'influence chez l'adulte, alors que chez les adolescents, les résultats varient selon les générations et l'origine ethnique.

#### **b) Les mineurs non accompagnés**

Amadou a été reconnu mineur non-accompagné (MNA) durant sa prise en charge. Nous nous intéresserons ici aux caractéristiques et aux éléments de souffrance de cette population. Un MNA est défini dans la législation internationale, européenne et française comme un enfant âgé de 0 à 18 ans, étranger, entrant sur le territoire ou laissé seul, sans être accompagné d'un adulte légalement responsable de lui, et donc potentiellement en danger.

Angéline Etiemble a défini une typologie des MNA (251,252) qui peuvent appartenir à un ou plusieurs groupes selon leur parcours et leur histoire :

- *Les exilés*, fuyant leur pays suite à des conflits géopolitiques, ethniques ou socioculturels ;
- *Les mandatés*, venus pour étudier, travailler et aider économiquement leur communauté ;
- *Les exploités*, victimes de réseaux d'exploitation, de traite d'êtres humains ou de travail clandestin ;
- *Les fugueurs*, « primaires » ou « réitérants », fuyant leur pays suite à des conflits familiaux ;
- *Les errants*, déjà éloignés de leur environnement familial dans leur pays d'origine, et en exil ;
- *Les rejoignants*, retrouvant un membre de la famille ayant déjà migré, « envoyés », « confiés » ou « successeurs » ;
- *Les aspirants*, ayant une quête personnelle, désirant s'émanciper du milieu familial.

Les raisons précises du départ et les aspirations d'Amadou restent floues, mais les échanges ont mis en avant un départ à la suite de conflits avec son oncle. Amadou est donc probablement un MNA *fugueur primaire*.

Les mineurs non accompagnés présentent une grande vulnérabilité, avec une émergence plus fréquente et une persistance dans le temps de troubles psychiatriques à type d'anxiété (26%), de dépression (33%) et d'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) (48%), en comparaison à des mineurs non réfugiés (253,254). Il y a également un niveau plus élevé d'ESPT, d'exposition à une maltraitance physique et sexuelle, de dépression et d'anxiété en comparaison à des mineurs réfugiés non isolés (255). Des études longitudinales ont montré que ces troubles restent stables dans le temps, après 18 mois (256) et 2 ans (257) pour la dépression, les troubles anxieux et l'ESPT, et après 5 ans pour les troubles anxieux et l'ESPT (258).

Les facteurs de risque de développer des troubles psychiatriques dans cette population sont l'exposition traumatique répétée, notamment devant des violences sexuelles avant et après l'exil, et le sexe féminin (253,259,260). De plus, il y a une exposition et une augmentation au cours du temps des facteurs de stress socio-développementaux tels que l'exposition à une discrimination, un manque d'étayage familial et social, des difficultés scolaires, un stress relatif aux procédures légales de régularisation et reconnaissance de minorité, une pauvreté, des placements de force ou le manque de leurs proches (256). On peut relever chez Amadou une exposition à des facteurs de stress et des traumatismes multiples :

- pré-migratoires avec une maltraitance présumée physique et morale par son oncle, et la perte de ses parents ;
- per-migratoires, par des violences en Lybie et par son naufrage durant la traversée de la mer Méditerranée ;
- probablement post-migratoires, notamment par la différence culturelle, les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie, et l'isolement de ses pairs.

Les seuls facteurs protecteurs significatifs relevés chez Amadou sont une prise en charge socio-éducative optimale et un étayage familial à distance sécurisant (260–262). En effet, le support social auprès d'un MNA, par des amis de la même origine ou du pays hôte a des effets bénéfiques directs ou indirects par augmentation des compétences culturelles du jeune, l'aidant notamment à gérer les expériences de discrimination.

Les mineurs non accompagnés présentent une grande vulnérabilité de part leur isolement en période développementale, leur exposition traumatique et leur statut de migrant. Ils ont un risque important d'émergence et de persistance de troubles psychiatriques.

## V. Discussion

Ce travail vise à établir un état des lieux des connaissances sur l'influence de la culture sur les hallucinations de l'enfant et l'adolescent. Nous avons réalisé une revue d'opinion, compte tenu de la variabilité des termes et concepts utilisés dans la littérature en lien avec la culture et les hallucinations, et les rares études traitant du sujet. De nombreuses études chez l'adulte se sont intéressées aux liens existants entre les hallucinations et les dimensions culturelles d'un individu. L'utilisation de critères de recherche pertinents et l'analyse des messages forts permettra d'alimenter une réflexion et une compréhension des interactions et influences entre la culture et les hallucinations chez l'enfant et l'adolescent.

Les hallucinations peuvent se situer sur un continuum allant du normal au pathologique. En période développementale, elles sont connues comme étant plus intenses et multisensorielles que chez l'adulte, et dans la majorité des cas transitoires. Les hallucinations dans le cadre d'un trouble psychotique sont classiquement vécues comme plus intrusives, hostiles, fréquentes et d'une attribution externe plus marquée. Cependant, il est important de ne pas systématiquement associer la présence d'hallucination avec l'existence d'un trouble psychotique, surtout en période développementale. En effet, des hallucinations peuvent être présentes dans différents cadres nosographiques, psychiatriques ou non, et associées à plusieurs comorbidités telles que des troubles du comportement, une symptomatologie dépressive, anxieuse ou des conduites suicidaires. La présence isolée d'hallucinations peut aussi résulter d'un événement stressant à forte valence émotionnelle, sans trouble psychiatrique sous-jacent, ou être physiologiques en période développementale, comme c'est le cas des compagnons imaginaires. A noter que dans la majorité des travaux de recherche portant sur la phénoménologie et les caractéristiques des hallucinations, les participants et les chercheurs font partie des sociétés « WEIRD » (*West Educated Industrialised, Rich and Democratic*), c'est-à-dire des pays occidentaux, éduqués, industrialisés, riches et démocratiques, ceci pouvant limiter les connaissances sur la manière dont les hallucinations sont vécues, interprétées et appréhendées à travers les cultures (11).



Il serait alors intéressant de prendre en compte les hallucinations comme une entité diagnostique à part entière, sans la réduire à un symptôme psychiatrique ou neurologique. Dans cette approche diagnostique, et en vue d'une proposition thérapeutique adaptée, il est nécessaire de s'intéresser à la phénoménologie et à l'influence des facteurs environnementaux sur ces hallucinations d'un sujet en période développementale.

Un exemple de l'importance de l'analyse phénoménologique de manifestations hallucinatoires et ses facteurs environnementaux est la mise en regard des hallucinations avec les reviviscences traumatiques, comme dans la situation d'Amadou. Dans les mécanismes affectifs de la survenue d'hallucinations, décrits en population non clinique, les hauts niveaux de détresse émotionnelle peuvent être associés à la survenue d'hallucinations par un échec du contrôle de la réalité dans un contexte de forte excitation limbique. Lors d'évènements traumatiques, uniques ou répétés, ces excitations limbiques peuvent entraîner la survenue d'hallucinations, alors intriquées dans la symptomatologie de l'ESPT, telles que les reviviscences traumatiques. Des auteurs comparent les hallucinations et les reviviscences traumatiques dans le fait qu'elles présentent toutes deux des modalités visuelles, auditives, cénesthésiques ou olfactives habituellement vécues comme déplaisantes et incontrôlables (66), notamment lors d'un premier épisode psychotique aigu (77,263).

Parmi les facteurs environnementaux à prendre en compte, les dimensions culturelles de l'individu peuvent être décrites comme son appartenance ethnique, sa religion, sa spiritualité, ses représentations culturelles, ainsi que son histoire migratoire individuelle et familiale. Nous avons ainsi vu que la définition même de l'hallucination pouvait varier selon les croyances culturelles, n'ayant parfois pas de termes pour les décrire. Cette différence réside en partie dans le rapport des cultures avec le concept de « vraie » réalité, conditionnant la reconnaissance d'une « fausse » perception. Le sens attribué aux hallucinations varie également de façon importante selon les représentations culturelles des individus. L'attribution de la cause des manifestations hallucinatoires peut se diriger vers l'existence d'une maladie

mentale d'origine biologique ou traumatique, ou vers une origine religieuse, spirituelle ou traditionnelle, telle que la présence de « *Djinn* », comme le décrivait Amadou.

Ce concept de réalité étant très subjectif, des études qualitatives seraient nécessaires en complément des observations anthropologiques détaillées dans ce travail. Les résultats montrent néanmoins que l'abord de la question de la nature réelle ou hallucinatoire d'une perception peut différencier selon les représentations et la croyance d'un groupe culturel, ceci pouvant constituer des bases fondamentales transmises de façon conscientes ou inconscientes au fil des générations. En effet, la structuration d'un enfant présuppose la transmission par les adultes –et non uniquement les parents, vers lui d'un ensemble cohérent de représentations culturelles, notamment par les modalités « d'être avec » lui, et par les modes d'éducation (6,7).

Ainsi, la manière dont les adultes d'un groupe culturel donné appréhendent le rapport à la réalité, face à des expériences hallucinatoires, peut influencer le rapport à la réalité de l'enfant et l'adolescent de ce même groupe culturel face à ses hallucinations. De même, il peut y avoir une influence importante entre la façon dont les figures parentales attribuent la cause des expériences hallucinatoires de leur enfant, et la manière dont ce dernier leur en donne un sens.

Dans l'analyse de l'influence des facteurs culturels sur les hallucinations chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, il est important de différencier ce qui semble relever des facteurs de migration, de ce qui serait lié à la culture en soi du sujet et de sa famille.

## **A. Facteurs migratoires et prévalence des hallucinations**

Nous avons vu que de nombreuses études se sont intéressées à la prévalence des hallucinations, de symptomatologie psychotique ou de trouble psychotique chez des enfants, adolescents et adultes, selon leur origine ethnique. La grande majorité de ces études étaient réalisées dans un pays décrit comme « WEIRD », avec une comparaison des sujets d'origine occidentale à des sujets provenant de minorité ethnique. Les résultats sont majoritairement en

faveur d'une prévalence plus importante d'expériences hallucinatoires chez les sujets appartenant à une minorité ethnique, en comparaison aux sujets du groupe ethnique majoritaire. Il y a des résultats discordants dans les études auprès d'adolescents (92,223), et la prévalence pouvait varier entre les différents groupes de minorité ethnique étudiés. Le statut de migrant et d'enfant de migrant est associé à un risque plus important de manifestation d'expériences psychotiques, avec une tendance à s'aggraver au fil des générations. Ainsi, la différence de fréquence de manifestations hallucinatoires ou psychotiques observées chez les sujets de minorité ethnique dans les pays « WEIRD », en comparaison aux sujets du groupe ethnique majoritaire, semblerait d'avantage être relié au statut de migrant de première, deuxième ou troisième génération plutôt qu'à leur culture en soi.

Dans ces études, des limites méthodologiques peuvent être retrouvées dans la définition de l'ethnicité et l'origine ethnique. Cette ethnicité est décrite de façon hétérogène, par exemple selon le lieu de naissance du sujet, celui de ses parents ou ses grands parents, ou selon sa couleur de peau. Seulement, l'ethnicité est essentiellement une perception de soit, et elle devrait être mesurée par le biais d'un auto-questionnaire, considéré alors comme un « gold standard » en recherche transculturelle (176,264). Par ailleurs, l'évaluation de la dimension de migration peut présenter des limites, dans la mesure où les éléments importants à prendre en compte sont les raisons de l'acte migratoire, qui peut être choisi, planifié, désiré ou vécu comme imposé, contraint ou forcé (239). De plus, les expériences de discrimination, les difficultés sociales ou le processus d'acculturation sont des éléments nécessaires à évaluer dans une situation de migration (264). Afin de pouvoir comparer sur le plan méthodologique les études s'intéressant à la prévalence des hallucinations à travers les différentes cultures, il est nécessaire selon Bauer et collaborateurs (175) de définir précisément le terme d'hallucination et d'utiliser une temporalité comparable (pendant une durée identique pour les études prospectives ou à un instant donné).

L'augmentation du risque de développer un trouble psychotique chez les populations migrantes peut être expliquée par une plus grande exposition à des sources de stress liées à une adversité sociale. On note parmi ces sources la perte de liens sociaux, ou le dysfonctionnement familial. Ces éléments peuvent être reliés en partie au phénomène d'acculturation, qui survient lorsque des groupes d'individus de cultures différentes se rencontrent, et lorsque des changements s'observent dans les traits culturels d'un des deux groupes tels que l'acquisition de croyances, d'habitudes, et de valeurs culturelles du groupe dominant, au détriment de ceux minoritaires (265).

Un dysfonctionnement familial peut résulter de ce phénomène d'acculturation, avec un retentissement sur la santé mentale des membres de la famille, notamment des enfants et adolescents. Il peut y avoir dans ces familles un écart d'acculturation, aussi appelé distanciation d'acculturation familiale, entre les différentes générations, pouvant alimenter des malentendus culturels et des conflits. Cette distanciation d'acculturation familiale et ces conflits résultent de l'incongruence de valeurs culturelles et de ruptures de communication entre les membres de la famille. Ces éléments pourraient être des outils de compréhension partielle de la souffrance psychique chez les enfants de migrants.

Chez les enfants et adolescents migrants, des troubles psychiatriques peuvent émerger selon deux situations. Baubet et Moro (266) proposent que « la migration vient révéler une pathologie antérieure qui était soit compensée, soit tolérée par l'environnement familial et social, et comprise dans le cadre culturel [...] avec des représentations culturelles pouvant s'effondrer après la migration ». Certaines pathologies mentales chez l'enfant et l'adolescent dans la migration pourrait être mis en sens et fonctionnelles dans leur environnement culturel d'origine. La deuxième situation consiste en l'apparition de troubles par le phénomène migratoire en soi, les adaptations qu'il nécessite, avec les facteurs de vulnérabilité personnels et collectifs pré, per, et post migratoires

D'autres auteurs se sont intéressés au lien entre le risque d'émergence d'expériences hallucinatoires chez un sujet de minorité ethnique, et son identité ethnique, qui est un aspect important de la manière dont le sujet s'adapte face au stress de minorité. Berry et collaborateurs (8) ont ainsi décrit 4 catégories d'identification :

- l'intégration, qui se définit par l'identification de la personne à la fois avec sa culture d'origine et la culture principale du pays hôte ;
- l'assimilation, qui se caractérise par une haute identification du sujet à la culture dominante, au détriment de sa propre culture d'origine ;
- la séparation, qui est à l'opposé d'une faible identification à la culture dominante, et d'un haut niveau d'identification avec sa culture d'origine ;
- la marginalisation qui se caractérise par une faible identification aux deux cultures.

Suivant ces catégories, Bouhaddani et collaborateurs (226) ont retrouvé qu'il y avait plus d'expériences hallucinatoires chez les adolescents correspondant aux catégories d'identification d'assimilation et de marginalisation, en comparaison aux autres catégories. Il y avait donc une association entre une faible identification de l'adolescent à sa culture d'origine et un risque plus important de manifestations hallucinatoires.

La migration, avec ses facteurs personnels et collectifs pré, per et post migratoires, la nécessité d'adaptation, et le phénomène d'acculturation, semble ainsi avoir une certaine influence sur la prévalence des hallucinations chez les enfants et adolescents.

## **B. Facteurs culturels et expression hallucinatoire**

La culture, semble particulièrement modifier l'expression hallucinatoire et le rapport de l'individu et de son entourage envers les hallucinations. Les hallucinations peuvent varier dans la thématique de leur contenu, en accord avec les attentes locales, leur sens culturellement

codé, mais aussi dans leur dimension plus ou moins intrusive et malveillante, notamment par leurs injonctions auprès du sujet. Ce contenu peut varier au cours du temps au sein d'un groupe culturel donné selon les évolutions temporelles et socio-politiques qu'il peut observer. Cela reflète que la culture n'est pas une dimension figée et qu'elle est un processus dynamique, en fonction du contexte, du mouvement des populations et des échanges. Outre l'évolution de cet environnement culturel, l'affiliation, c'est à dire le processus actif d'inscription dans un monde culturel, est propre à chaque individu (12).

Chez les enfants, l'influence du contexte socio-culturel dans le contenu des expériences hallucinatoires peut aussi être constatée dans le cas des compagnons imaginaires. En effet, il peut y avoir des différences culturelles dans l'expression hallucinatoire de ces compagnons imaginaires qui peuvent être décrits comme un ami imaginaire ou un objet personnifié. Au Japon, les enfants décrivent plutôt des objets personnifiés, tandis que les amis imaginaires sont relativement rares, en comparaison à d'autres études occidentales (59,267). D'autres auteurs proposent que les compagnons imaginaires chez les enfants migrants puissent être un moyen de s'insérer dans leur environnement culturel, ayant montré dans leur étude que les enfants de minorité ethnique décrivaient des amis imaginaires similaires à eux même (268).

L'influence des parents est importante dans la façon d'appréhender ces compagnons imaginaires, et ceci peut varier selon les cultures. Tandis que les parents occidentaux n'induisent pas mais tolèrent que leur enfant joue avec un compagnon imaginaire (59), les parents japonais peuvent se montrer plus anxieux devant la présence d'amis imaginaires, consultant alors plus facilement un professionnel de santé que si les enfants rapportaient des objets personnifiés. Cette acceptation et cette tolérance par les parents de la présence d'un compagnon imaginaire selon le contexte socioculturel peut aussi être mis en regard au jeu chez l'enfant. Le jeu est en effet une activité culturellement structurée, résultant de différences dans les croyances, valeurs transmises et les modes d'éducation des enfants par les parents et adultes de leur environnement. La manière dont les adultes autorisent, facilitent et participent

au jeu des enfants influence le rôle de ce jeu dans la vie quotidienne (269). Tandis que dans certaines cultures, les parents auront tendance à transmettre l'importance de l'imaginaire et la créativité au travers du jeu, d'autres cultures passent par le « faire semblant » pour éduquer des comportement socialement appropriés et de bonne conduite, ou appréhendent le jeu comme une distraction sans y intervenir, ni l'utiliser comme vecteur de transmission (269).

Cette mise en perspective permet de supposer que les parents et adultes de l'environnement culturel de l'enfant auraient une influence sur son expression hallucinatoire.

Les modalités hallucinatoires varient selon la culture de l'individu, de part son environnement culturel et ses croyances religieuses. La religion et la spiritualité d'un sujet, sa famille et son groupe culturel sont en effet importants à prendre en compte dans son expression hallucinatoire. Il peut y avoir une influence sur le contenu, la modalité mais aussi le contexte d'apparition des hallucinations, à travers les croyances et les pratiques spirituelles tels que les rituels avec ou sans substance hallucinogènes (270).

Chez les enfants et adolescents, il semble également y avoir des influences de la religion et la spiritualité, intégrées au contexte culturel. (270) propose ainsi que les traditions religieuses, faisant partie de la culture de l'enfant, favorisent une structure pour la compréhension par l'enfant du monde autour de lui, influençant ainsi sa manière de percevoir la maladie, la mort, la santé et la manière de s'adapter aux situations de stress. Les pratiques et croyances religieuses semblent ainsi intégrées aux transmissions explicites et implicites de l'environnement culturel, par le biais de parents et d'adultes auprès de l'enfant et l'adolescent. Ces derniers peuvent appréhender les éléments extérieurs, mais aussi intérieurs tels que leurs perceptions sensorielles ou leur souffrance psychique en partie selon les codes culturels transmis.

## **C. Facteur de risque et facteur protecteur**

Nous avons relevé que la culture peut influencer le rapport du sujet et celui de son entourage envers les expériences hallucinatoires, mais aussi dans les soins et ses différentes modalités. Il peut ainsi avoir une influence culturelle dans l'appréhension des dimensions pathologiques des hallucinations par le sujet et son entourage ; dans les modalités de recours au soin ; mais aussi dans l'élaboration diagnostique et la prise en charge thérapeutique.

Nous pouvons ainsi proposer une description de ces facteurs d'influence de la culture comme des facteurs de risque ou des facteurs protecteurs face à l'émergence d'une souffrance devant des hallucinations.

### **1) Facteurs de risque**

Les facteurs de risque « culturels » pourraient être décrits comme des éléments d'influence culturelle interne au sujet ou provenant de son environnement, augmentant la probabilité de développer un trouble psychiatrique ou de souffrance face à des expériences hallucinatoires. Plusieurs éléments peuvent contribuer aux dimensions de facteurs de risque culturels.

Le vécu négatif des hallucinations par le sujet peut avoir un retentissement émotionnel important et être source de souffrance psychique. Ces expériences négatives semblent plus importantes chez les sujets dans certaines cultures selon les études relevées, avec notamment un vécu d'intrusion et d'incapacité à les contrôler. Ce vécu négatif peut ainsi entraîner un retentissement anxieux ou thymique important.

Le rapport négatif de l'entourage et l'environnement du sujet avec ses hallucinations peut également entraîner une souffrance, de part une réaction de rejet ou de stigmatisation. La culture semble jouer un rôle dans cette appréhension des hallucinations par les proches du sujet, notamment par les niveaux d'émotion exprimée différents selon la culture, sachant que les réactions de l'entourage face aux symptômes psychotiques peuvent résulter du rapport de



la culture avec la maladie en général. La religion et la spiritualité peuvent aussi aggraver un sentiment de culpabilité ou d'auto-punition dans un contexte de manifestations hallucinatoires (270).

La prise en charge diagnostique et thérapeutique des sujets présentant des hallucinations peut être négativement influencée par des facteurs culturels et religieux. Les parents peuvent par exemple priver leurs enfants de soins médicaux ou les orienter vers des soins non bénéfiques, voire nocifs, basés sur des croyances religieuses (270). Dans les situations où les hallucinations se manifestent dans le cadre de troubles psychotiques, les différences de recours aux soins selon les croyances culturelles ou religieuses peuvent entraîner une augmentation de la DPNT du sujet. Bien que l'augmentation de cette DPNT puisse être imputable au manque d'accès aux dispositifs de soins spécialisés, elle peut être mise en lien avec le fait de consulter dans un premier temps un tradipraticien. L'orientation des sujets vers des tradipraticiens peut être expliquée par l'attribution des causes spirituelles ou traditionnelles à des hallucinations par le sujet ou son entourage, notamment familial. Dans d'autres situations, les alternatives d'explication culturellement codée de symptômes psychotiques par certaines familles, telle que la « pensée excessive » décrite précédemment, peuvent prolonger la DPNT par absence de soins prodigués (188).

La culture peut ainsi être dans certains cas considérée comme un facteur de risque d'aggravation d'un trouble psychotique par retard de la prise en charge diagnostique et thérapeutique d'un sujet présentant des hallucinations. Il peut en être de même pour d'autres troubles psychiatriques sévères avec une symptomatologie hallucinatoire nécessitant un traitement médicamenteux. Cependant, le manque de structures de soins psychiatrique dans certains pays, et l'accessibilité des tradipraticiens expliquent également le fait que les sujets se dirigent vers eux en premier lieu (194).

Nous pouvons également aborder la question de la culture comme facteur de risque de « *misdiagnosis* ». La culture pourrait ainsi être considérée comme un facteur de risque dans les

situations où la distance culturelle entre le thérapeute et le patient (et probablement sa famille) instaure une mauvaise alliance thérapeutique, altérant ainsi l'élaboration d'un diagnostic, l'évaluation des facteurs de stress et de projection, et l'orientation du thérapeute. Nous savons que les causes de « *misdiagnosis* » sont la distance culturelle, la variabilité séméiologique des troubles psychiatriques, et les CBS (204).

L'enfance et l'adolescence sont des périodes particulièrement à risque de « *misdiagnosis* » en situation transculturelle devant, la distance culturelle entre le thérapeute, l'enfant et sa famille ; les nombreuses comorbidités pouvant être associées aux hallucinations ; et la fréquence des hallucinations en contexte physiologique. La question du « *misdiagnosis* » se posait par exemple dans la situation clinique d'Amadou, où la distance culturelle, l'alliance thérapeutique précaire, les manifestations hallucinatoires dans un contexte traumatique, rendent difficile l'évaluation diagnostique et la prise en charge thérapeutique.

Des études remettent en cause le fait que le « *misdiagnosis* » expliquerait l'augmentation de l'incidence de trouble psychotique chez les migrants (244), notamment dans les études britanniques (271). Lewis et collaborateurs, cités par Sharpley et collaborateurs (271) décrivaient notamment que la schizophrénie n'était pas statistiquement surreprésentée si l'étude se basait sur l'ethnicité, ni sur la formation des étudiants britanniques. Hicking et collaborateurs (272) ont montré dans leur étude anglaise que les psychiatres anglais d'origine anglaise diagnostiquaient une schizophrénie chez les patients noirs dans 55% des cas, contre 52% lors de la réévaluation par les psychiatres anglais d'origine afro-caribéenne. Cependant, les deux groupes d'examineurs étaient d'accord sur le diagnostic dans 55% des cas, ce qui montre une différence d'interprétation des éléments cliniques. Des résultats contradictoires par ailleurs ont été retrouvés par Radjack et collaborateurs (220), montrant qu'avec une utilisation du guide de formulation transculturelle, il y avait significativement moins d'erreurs diagnostiques en situation transculturelle par des médecins novices.

## 2) Facteurs protecteurs

La culture pourrait également être considérée dans d'autres contextes comme un facteur protecteur de développement de souffrance ou de trouble psychique. Ainsi, selon la culture, un sujet peut rapporter des expériences positives avec ses hallucinations, avec une dimension relationnelle bénéfique, une guidance utile (163,185), et une source d'aide et d'adaptation face aux évènements défavorables au quotidien (186).

Un rapport positif de l'entourage et la famille du sujet et une meilleure acceptation sociale, comme observés dans certaines cultures traditionnelles socio-centrées, peuvent être une forme de soutien important. Il peut y avoir aussi dans les cultures où les hallucinations et les souffrances psychiques ont une attribution externe une déculpabilisation et une déstigmatisation de l'individu et sa famille (159). Par ces vécus positifs personnels, et ce soutien par l'entourage du sujet dans certaines cultures, on peut supposer que le retentissement thymique ou anxieux sera moindre et que l'adaptation du sujet face à ses hallucinations sera plus facile. La pratique religieuse et la spiritualité peuvent permettre par ailleurs de donner du sens à un évènement négatif et traumatisant, telles que les hallucinations peuvent l'être (270). Gearing et collaborateurs (189) ont mis en évidence dans une revue de littérature que la religiosité était associée à une meilleure adhésion aux traitements médicamenteux et psycho-sociaux par les sujets atteints de schizophrénie, cette relation semble cependant être modérée par le contenu des hallucinations.

Concernant les soins, les tradipraticiens, les guérisseurs, les marabouts et les autres représentants spirituels ont un rôle important dans les sociétés traditionnelles, de part le fait qu'ils peuvent soulager une souffrance psychique ou « spirituelle » lorsque celle-ci est culturellement codée (160). Il a en effet une confiance des sujets dans ce système de soins devant les explications de causes de maladie culturellement plus acceptables que par la médecine traditionnelle, et une moindre composante de discrimination devant la maladie

mentale (65).

Lorsque les hallucinations ne s'intègrent pas dans un trouble psychotique ni d'autres troubles psychiatriques sévères, le recours du sujet à des soignants en lien avec sa culture ou sa religion peut être bénéfique et soutenant dans l'aide qu'ils apportent, en lien avec le sens donné aux hallucinations par leurs représentations culturelles.

## **D. Limites**

Une des limites de ce travail réside dans le fait que la méthodologie consistait en une revue d'opinion. Des données ont pu être omises par défaut de sélection ou des erreurs de choix de critère de recherche. La recherche bibliographique a en effet été orientée par les estimations de la pertinence des critères par l'auteur.

D'autres limites résident dans l'analyse des résultats, devant la grande variabilité méthodologique des études relevées. Les définitions des termes d'hallucination ou d'expérience hallucinatoire n'étaient pas homogènes, et l'ethnicité et la migration n'étaient pas décrites de manière similaire. Il est ainsi nécessaire d'être prudent dans l'utilisation de cette notion d'ethnicité, qui n'est ni la « race », ni le statut de migrant, ni la nationalité, mais qui est un concept complexe et imprécis, par nature fluide et mouvant » (Baubet 2013 méthodes en recherche transculturelle). Les effets de la culture et la religion sur les hallucinations peuvent par ailleurs être corrélés dans les études quantitatives, qui prenaient rarement ces interactions en compte dans l'analyse des variables. De plus les effets de la religion sur les hallucinations et les troubles psychotiques étaient discordants selon les études, et la définition des dimensions de la religion étaient très hétérogènes. Ainsi, les résultats sont difficilement comparables. De plus, dans grande majorité des études relevées, les sujets inclus habitaient dans les pays « WEIRD », avec un environnement occidentalisé, rendant difficile la comparaison entre les populations.

## **E. Evaluation des facteurs culturels devant des hallucinations chez l'enfant et l'adolescent**

L'évaluation des facteurs culturels dans l'analyse de la phénoménologie hallucinatoire chez l'enfant et l'adolescent, nécessite certaines adaptations, de part la situation clinique transculturelle.

La psychiatrie transculturelle apporte des éléments de réponse, par l'appréhension des représentations culturelles du sujet devant la souffrance ressentie. Elle utilise la méthode complémentariste, se basant sur la théorie de l'ethnopsychiatrie, dans un dispositif spécifique où l'interprète médiateur transculturel a un rôle central dans l'expression émotionnelle de l'individu et sa famille et dans le lien entre la culture du patient et celle du thérapeute.

Les représentations de l'interprète par le thérapeute en consultation peuvent aller du rôle de traducteur, aux rôles de référent culturel, médiateur, voire co-thérapeute (273). Le travail avec un interprète peut questionner le thérapeute en situation transculturelle, et cette réticence (ou résistance) (274) peuvent être clairement un frein à l'approche des dimensions culturelle du sujet, en l'occurrence de l'enfant ou l'adolescent et sa famille. Ce passage par la langue maternelle est en effet indispensable devant le fait qu'exprimer ses émotions ou décrire son ressenti est très difficile lorsque la langue maternelle est partiellement maîtrisée. Par ailleurs, des termes utilisés en psychiatrie (comme « l'hallucination ») n'ont pas forcément d'équivalent dans d'autres langues, tout comme certaines façons d'exprimer une souffrance. Un travail de médiation transculturelle avec un interprète est alors nécessaire (275), afin de débiter la prise en charge par une co-construction d'une vision commune du problème, en clarifiant les représentations de chacun des problème et de leurs causes. Ceci permettra la mise en place d'un projet thérapeutique partagé en procédant si nécessaire à une négociation sur la manière de remédier au problème (202).

Pour les thérapeutes non formés à la psychiatrie transculturelle, le GFC apporte une aide

dans l'évaluation des expériences hallucinatoires du sujet, en s'intéressant à différents aspects de ses représentations culturelles (Baubet 2005). Cependant, les items du GFC peuvent être peu adaptés ou incomplets dans le cadre de l'évaluation en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, qui prend en compte la période développementale, et l'importance de l'influence de son entourage familial et social.

En regard des propositions de Baubet (2005), certaines dimensions culturelles sont importantes à explorer pour mieux appréhender la façon dont l'enfant, l'adolescent et sa famille interprètent et vivent ces expériences hallucinatoires. Parmi ces dimensions, il y a d'abord à questionner l'identité culturelle de l'individu, mais aussi celle de sa famille qui pourrait avoir une influence sur la manière dont elle appréhende les hallucinations que présente l'enfant ou l'adolescent. L'identité culturelle se caractérise par (Baubet 2005)(204) :

- le ressenti d'appartenance ou de rejet à un groupe culturel ;
- les langues maternelles et acquises parlées en intrafamilial, dans ses interactions sociales et à l'école ;
- la relation du patient avec sa culture d'origine par les liens affectifs, sociaux et associatifs ;

Dans cette identité culturelle, l'exploration par le thérapeute de la spiritualité et des pratiques religieuses de l'enfant et sa famille est également essentielle pour appréhender leurs influences sur les expériences hallucinatoires et leur prise en charge. Moncher et Josephson cités par Sexson (270) proposent que le thérapeute explore si le patient et sa famille sont affiliés ou non à une croyance religieuse particulière en questionnant :

- le niveau d'activité et d'implication de l'enfant et la famille dans cette croyance religieuse ;
- jusqu'à quel point la famille reçoit une aide par la communauté religieuse ;
- quels rituels religieux particuliers sont importants dans la famille ;

- les approches de la famille à propos des questions religieuses ou spirituelles que l'enfant peut poser à propos des pouvoirs supérieurs, de la mort, de la vie après le mort, afin de commencer à comprendre les expériences religieuses de l'enfant.

L'exploration des dimensions de l'identité culturelle et religieuse du sujet et de sa famille pourraient ainsi améliorer la compréhension de l'influence de leur culture sur l'expression des hallucinatoires dans l'évaluation diagnostique. Devant les hypothèses d'influence de la culture comme facteur de risque ou facteur protecteur de survenue de souffrance ou de trouble psychique face à des hallucinations, d'autres éléments devraient être recherchés.

Sachant que le vécu du sujet et son entourage face aux hallucinations peut être positif ou négatif, il est important d'interroger le modèle étiologique des hallucinations selon les représentations culturelles du patient et sa famille (Baubet 2005), c'est-à-dire :

- la façon dont le patient et sa famille nomment les hallucinations ;
- le sens et les modèles explicatifs qu'ils leur donnent (c'est-à-dire leur cause, leur mécanisme, leur évolution attendue et le traitement souhaité) ;
- quelles démarches thérapeutiques traditionnelles ou religieuses ont été initiées par le patient et sa famille par le passé et actuellement ;
- quelles sont les attentes vis-à-vis des soins conventionnels (s'il y en a).

Les facteurs environnementaux sont ensuite à évaluer chez l'enfant, l'adolescent et sa famille, tels que les facteurs de support et de soutien (notamment face aux expériences hallucinatoires), et leur retentissement fonctionnel (Baubet 2005) au sein de la famille, de l'école et des interactions sociales avec leurs pairs dans le pays d'accueil. Les facteurs de stress peuvent être intégrés dans l'évaluation du parcours migratoire du sujet et de l'histoire migratoire de sa famille, sachant que le statut de migrant ou d'enfant de migrant est associé à une augmentation de la prévalence de troubles psychotiques, donc d'hallucinations. Les éléments à rechercher seraient par exemple (Baubet 2009, Derui, Moro, Benoit 2018) :

- les circonstances de départ de l'enfant ou de ses parents, avec les dimensions de choix ou de contraintes ;
- les éventuels traumatismes pré, per ou post migratoires vécus directement ou indirectement ;
- les expériences de stress psycho-social issues des conséquences de la migration, telles que le vécu de discrimination (notamment en milieu scolaire), ou les dimensions d'acculturation.

Bien entendu, comme décrits dans le GFC, la relation et la distance culturelle entre le clinicien, le patient et sa famille seront importants à prendre en compte avec (204) :

- l'identité culturelle et l'appartenance religieuse du clinicien ;
- ses connaissances au sujet de la culture du patient et les éventuels conflits de valeurs pouvant exister envers la culture ou la religion du patient et son entourage ;
- l'histoire des relations entre les groupes culturels du patient et du clinicien.

Ces éléments sont appréhendés dans la pratique de psychiatrie transculturelle par la prise en compte du contre transfert culturel du thérapeute.

## **F. Outils psychométriques et recherche en situation transculturelle**

L'usage d'outils d'évaluation devant la manifestation d'une symptomatologie psychotique, dont hallucinatoire, doit prendre en compte le contexte culturel du patient. Ainsi, nous avons vu que la CAARMS est un outil de dépistage des sujets à ultra haut risque (UHR) psychotique (276), traduit dans différentes langues. Deriu, Moro et Benoit (264) se sont intéressées via une revue systématique de la littérature, à la manière dont les études de cohortes sur l'UHR considèrent la validité de la CAARMS chez les populations migrantes et les minorités ethniques.

Les résultats montrent que les études portent peu d'attention aux questions de validité



transculturelle de la CAARMS, recueillant rarement les données à propos de leur langue maternelle, origine ethnique, lieu de naissance, ou contexte migratoire. De plus, les difficultés à parler la langue dominante du pays hôte était souvent un critère d'exclusion des sujets des travaux de recherche. Cette échelle semble donc peu adaptée aux populations migrantes et aux minorités ethniques, devant le peu d'étude de validité en condition transculturelle. Les auteurs proposent que l'accès aux études de cohorte d'UHR des sujets de minorité ethnique aux devrait être amélioré via trois outils principaux : le recrutement d'interprètes lors de l'administration de la CAARMS, l'utilisation du GFC, et le recueil des données transculturelles.

Sur le plan des échelles projectives telles que le *test du Rorschach*, de la « *Patte noire* » ou du *TAT*, des recherches se sont interrogées sur l'impact de la migration, de l'acculturation, des variations des représentations culturelles sur l'interprétation des résultats qui se basent sur des normes jugées universelles (277). Ces tests doivent ainsi, au même titre que les autres échelles, être utilisés avec précaution et avec l'intégration des facteurs culturels pouvant influencer les réponses du patient.

D'autres recherches sont nécessaires afin de préciser les différentes dimensions de l'influence des facteurs culturels sur les expériences hallucinatoires chez les enfants et adolescents. Dans ces recherches portant sur la phénoménologie des hallucinations en situation transculturelle il serait nécessaire de respecter des critères méthodologiques adaptés aux différents facteurs culturels. Il serait alors important :

- d'utiliser des outils psychométriques validés en situation transculturelle ;
- de différencier les facteurs culturels des facteurs migratoires ou socio-économiques ;
- de favoriser les auto-questionnaires pour l'évaluation de l'identité ethnique du sujet (264);
- de faire intervenir un interprète médiateur transculturel afin de compenser la distance culturelle entre le chercheur et le patient. par l'accès à la langue maternelle et aux éléments anthropologiques sur l'expérience vécue par le sujet.

## VI. Conclusion

Chaque enfant et adolescent se développe à travers des représentations culturelles que ses parents et les adultes de son environnement lui ont transmis, directement ou indirectement, afin qu'il appréhende le monde d'une certaine manière. Il est nécessaire de prendre en compte l'importance de cette culture, au sens anthropologique, parmi les facteurs environnementaux influençant les hallucinations de ces enfants et adolescents. Ceci est d'autant plus important que ces expériences hallucinatoires ont la complexité de pouvoir se manifester dans le cadre physiologique d'une immaturité développementale ou le cadre pathologique d'une souffrance psychique pouvant conduire à un trouble avec une dimension transnosographique.

Les hallucinations pourraient être considérées comme une entité diagnostique à part entière devant leur complexité et variabilité, et non uniquement un symptôme psychiatrique. La notion même d'hallucination renvoie à la question culturellement codée des limites de la réalité, imprégnée des croyances et pratiques traditionnelles et religieuses. D'après les études chez l'adulte, la culture, en y intégrant la religion, peut influencer les hallucinations dans leur expression et leur phénoménologie, de part leurs modalités, leur contenu, ou leur contexte d'apparition.

Les facteurs culturels peuvent être décrits comme des facteurs de risque, par un rapport négatif du sujet face à ses hallucinations, qui peuvent également susciter un rejet de son entourage, être source de discrimination par la société, ou conduire à un recours aux soins inadapté entraînant une aggravation d'une DPNT dans le cadre d'un trouble psychotique. De plus, la distance culturelle entre le thérapeute, le sujet et sa famille, peut entraîner une errance diagnostique et des erreurs de prise en charge thérapeutique. Ces facteurs peuvent aussi être protecteurs quand ces hallucinations sont perçues positivement par le sujet, avec le soutien de son entourage, une acceptation par la société et avec un apaisement de la souffrance psychique lors d'un recours aux soins traditionnels dans le cadre de troubles ni sévères ni psychotiques.

Il est par ailleurs important de différencier les influences culturelles des conséquences

d'un phénomène migratoire sur la prévalence des troubles psychiatriques, et donc des hallucinations, de part le stress psycho-social, l'acculturation, et les traumatismes pouvant en résulter chez le migrant ou enfant de migrant.

Ces influences culturelles et migratoires sur les hallucinations sont aussi présentes chez l'enfant et l'adolescent, mais encore trop peu étudiées dans la littérature. Le peu de recherches citées dans ce travail laissent supposer des modalités similaires d'influence de la culture dans le contenu hallucinatoire, y compris physiologiques de part les compagnons imaginaires ; dans le rapport du sujet et son entourage face aux hallucinations ; et dans les modalités de recours aux soins.

L'élaboration diagnostique et la prise en charge thérapeutique en situation transculturelle auprès d'enfants et d'adolescents nécessite la prise en compte des éléments culturels du sujet et sa famille. La psychiatrie transculturelle avec intervention d'un interprète médiateur permet d'aborder la question de l'influence de ces facteurs culturels dans un cadre thérapeutique spécifique. Lorsque le thérapeute n'est pas formé à cette discipline, le GFC peut être un outil d'aide au diagnostic, mais nécessiterait une adaptation aux dimensions familiales et développementales chez l'enfant et l'adolescent. Les outils d'évaluation psychométriques nécessiteraient également une adaptation afin d'assurer leur validité dans les situations transculturelles

D'autres recherches sont enfin nécessaires afin de mieux comprendre les différentes dimensions de l'influence de ces facteurs culturels sur les hallucinations chez l'enfant et l'adolescent, et ainsi améliorer l'élaboration diagnostique et l'orientation thérapeutique.

## VII Bibliographie

1. Askenazy F. Spécificités cliniques des hallucinations de l'enfant. In: Jardri R, Favrod J, Laroï F, editors. *Psychothérapies des hallucinations*. Masson; 2016. p. 46–57.
2. Pignon B, Peyre H, Szöke A, Geoffroy PA, Rolland B, Jardri R, et al. A latent class analysis of psychotic symptoms in the general population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2017;0004867417744255.
3. Tylor EB. *La civilisation primitive*. C. Reinwald et ce.; 1876. 260 p.
4. Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*. 2009 Oct;8(3):131–9.
5. Baubet T, Moro MR. L'approche ethnopsychiatrique. *Enfances & Psy*. 2000;12(4):111.
6. Devereux G. *Essai d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard; 1970.
7. Rezzoug D, Baubet T, Moro MR. Enfance : entre vulnérabilité et créativité. In: *Psychopathologie transculturelle*. 2nd ed. Elsevier Masson; 2013. p. 179–202. (Les âges de la vie).
8. Berry JW, Phinney JS, Sam DL, Vedder P. Immigrant Youth: Acculturation, Identity, and Adaptation. *Applied Psychology*. 2006 Jul;55(3):303–32.
9. Johns LC, Nazroo JY, Bebbington P, Kuipers E. Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;180(2):174–178.
10. Jardri R, Bartels-Velthuis AA, Debban? M, Jenner JA, Kelleher I, Dauvilliers Y, et al. From Phenomenology to Neurophysiological Understanding of Hallucinations in Children and Adolescents. *Schizophrenia Bulletin*. 2014 Jul;40(Suppl\_4):S221–32.
11. Laroï F, Luhrmann TM, Bell V, Christian WA, Deshpande S, Fernyhough C, et al. Culture and Hallucinations: Overview and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*. 2014 Jul 1;40(Suppl 4):S213–20.
12. Baubet T, Moro MR. Hallucinations et cultures. In: *Psychothérapies des hallucinations*. Elsevier Masson; 2016. p. 71–91. (Pratiques en psychothérapie).

13. Bearman M, Smith CD, Carbone A, Slade S, Baik C, Hughes-Warrington M, et al. Systematic review methodology in higher education. *Higher Education Research & Development*. 2012 Oct;31(5):625–40.
14. Jardri R, Bonelli F, Askenazy F, Georgieff N, Delion P. Hallucinations de l'enfant et de l'adolescent. *EMC - Psychiatrie*. 2013 May;10(2):1–12.
15. Paladino A, Passerini A, de Curtis I. Autoscopie et rêve-éveillé.: Ou l'autoscopie dans la procédure imaginative. *Imaginaire & Inconscient*. 2006;17(1):225.
16. Patouillard R. L'hallucination chez Henri Ey et sa signification aujourd'hui. *La revue lacanienne*. 2007;1(1):62.
17. Ey H. *Traité des hallucinations*. Paris: Masson; 1973.
18. Hur Y-M, Cherny SS, Sham PC. Heritability of hallucinations in adolescent twins. *Psychiatry Research*. 2012 Sep;199(2):98–101.
19. Despert JL. Delusional and hallucinatory experiences in children. *AJP*. 1948 Feb 1;104(8):528–37.
20. Remberk B. Clinical significance of psychotic-like experiences in children and adolescents. *Psychiatria Polska*. 2017 Apr 30;51(2):271–82.
21. Dhossche D, Ferdinand R, van der Ende J, Hofstra MB, Verhulst F. Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychological medicine*. 2002;32(4):619–627.
22. Ulloa RE, Birmaher B, Axelson D, Williamson DE, Brent DA, Ryan ND, et al. Psychosis in a Pediatric Mood and Anxiety Disorders Clinic: Phenomenology and Correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000 Mar;39(3):337–45.
23. David CN, Greenstein D, Clasen L, Gochman P, Miller R, Tossell JW, et al. Childhood Onset Schizophrenia: High Rate of Visual Hallucinations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011 Jul;50(7):681-686.e3.
24. Yoshizumi T, Murase S, Honjo S, Kaneko H, Murakami T. Hallucinatory Experiences in a Community Sample of Japanese Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004 Aug;43(8):1030–6.

25. Mertin P, O'Brien N. High emotional arousal and failures in reality monitoring: Pathways to auditory hallucinations in non-psychotic children?: *High emotional arousal and failures in reality monitoring*. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2013 Apr;54(2):102–6.
26. Bartels-Velthuis AA, Jenner JA, van de Willige G, van Os J, Wiersma D. Prevalence and correlates of auditory vocal hallucinations in middle childhood. *British Journal of Psychiatry*. 2010 Jan;196(01):41–6.
27. Simon AE, Cattapan-Ludewig K, Gruber K, Ouertani J, Zimmer A, Roth B, et al. Subclinical hallucinations in adolescent outpatients: An outcome study. *Schizophrenia Research*. 2009 Mar;108(1–3):265–71.
28. Janssens KAM, Rosmalen JGM, Ormel J, van Oort FVA, Oldehinkel AJ. Anxiety and depression are risk factors rather than consequences of functional somatic symptoms in a general population of adolescents: The TRAILS study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010 Mar;51(3):304–12.
29. Welham J, Scott J, Williams G, Najman J, Bor W, O'Callaghan M, et al. Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: a 21-year birth cohort study. *Psychological Medicine*. 2009 Apr;39(04):625.
30. Bartels-Velthuis AA, van de Willige G, Jenner JA, van Os J, Wiersma D. Course of auditory vocal hallucinations in childhood: 5-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*. 2011 Oct 1;199(4):296–302.
31. Bartels-Velthuis AA, Wigman JTW, Jenner JA, Bruggeman R, van Os J. Course of auditory vocal hallucinations in childhood: 11-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016 Jul;134(1):6–15.
32. Askenazy FL, Lestideau K, Meynadier A, Dor E, Myquel M, Lecrubier Y. Auditory hallucinations in pre-pubertal children: A one-year follow-up, preliminary findings. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2007 Sep;16(6):411–5.
33. Kinoshita Y, Shimodera S, Nishida A, Kinoshita K, Watanabe N, Oshima N, et al. Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. *Schizophr Res*. 2011 Mar;126(1–3):245–51.



34. De Loore E, Gunther N, Drukker M, Feron F, Sabbe B, Deboutte D, et al. Persistence and outcome of auditory hallucinations in adolescence: A longitudinal general population study of 1800 individuals. *Schizophrenia Research*. 2011 Apr;127(1–3):252–6.
35. Bartels-Velthuis AA, van de Willige G, Jenner JA, Wiersma D, van Os J. Auditory hallucinations in childhood: associations with adversity and delusional ideation. *Psychological Medicine*. 2012 Mar;42(03):583–93.
36. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine*. 2012 Sep;42(09):1857–63.
37. Nishida A, Shimodera S, Sasaki T, Richards M, Hatch SL, Yamasaki S, et al. Risk for suicidal problems in poor-help-seeking adolescents with psychotic-like experiences: Findings from a cross-sectional survey of 16,131 adolescents. *Schizophrenia Research*. 2014 Nov;159(2–3):257–62.
38. Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, Wigman JTW, Devlin N, Ramsay H, et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013 Sep;70(9):940–8.
39. Pignon B, Geoffroy PA, Gharib A, Thomas P, Moutot D, Brabant W, et al. Very early hallucinatory experiences: a school-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. 2017 Jul 12 [cited 2017 Dec 8]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jcpp.12780>
40. Blanchard MM, Jacobson S, Clarke MC, Connor D, Kelleher I, Garavan H, et al. Language, motor and speed of processing deficits in adolescents with subclinical psychotic symptoms. *Schizophrenia Research*. 2010 Oct 1;123(1):71–6.
41. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's Self-Reported Psychotic Symptoms and Adult Schizophreniform Disorder: A 15-Year Longitudinal Study. *Archives of General Psychiatry*. 2000 Nov 1;57(11):1053.
42. Escher S, Romme M, Buiks A, Delespaul P, Van Os J. Independent course of childhood auditory hallucinations: A sequential 3-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*. 2002 Sep;181(S43):s10–8.

43. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*. 2009 Feb;39(02):179.
44. Escher S, Morris M, Buiks A, Delespaul P, Van Os J, Romme M. Determinants of outcome in the pathways through care for children hearing voices: Children hearing voices. *International Journal of Social Welfare*. 2004 Jul;13(3):208–22.
45. Cougnard A, Marcelis M, Myin-Germeys I, De Graaf R, Vollebergh W, Krabbendam L, et al. Does normal developmental expression of psychosis combine with environmental risk to cause persistence of psychosis? A psychosis proneness–persistence model. *Psychological Medicine*. 2007 Apr;37(04):513.
46. Dominguez M-G, Saka MC, Lieb R, Wittchen H-U, van Os J. Early Expression of Negative/Disorganized Symptoms Predicting Psychotic Experiences and Subsequent Clinical Psychosis: A 10-Year Study. *American Journal of Psychiatry*. 2010 Sep;167(9):1075–82.
47. Krabbendam L, Myin-Germeys I, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Vollebergh W, et al. Hallucinatory experiences and onset of psychotic disorder: evidence that the risk is mediated by delusion formation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004 Oct;110(4):264–72.
48. Svendsen M. CHILDREN'S IMAGINARY COMPANIONS. *Arch NeurPsych*. 1934 Nov 1;32(5):985–99.
49. Jardri R, Bartels-Velthuis AA, Debbane M, Jenner JA, Kelleher I, Dauvilliers Y, et al. From Phenomenology to Neurophysiological Understanding of Hallucinations in Children and Adolescents. *Schizophrenia Bulletin*. 2014 Jul 1;40(Suppl 4):S221–32.
50. Jalongo MR. Imaginary Companions in Children's Lives and Literature. *Childhood Education*. 1984 Jan;60(3):166–71.
51. Taylor M, Carlson SM. The Relation between Individual Differences in Fantasy and Theory of Mind. *Child Development*. 1997 Jun;68(3):436.

52. Manosevitz M, Prentice NM, Wilson F. Individual and family correlates of imaginary companions in preschool children. *Developmental Psychology*. 1973;8(1):72–9.
53. Bouldin P, Pratt C. Characteristics of Preschool and School-Age Children with Imaginary Companions. *The Journal of Genetic Psychology*. 1999 Dec;160(4):397–410.
54. Jones SR, Fernyhough C. Neural correlates of inner speech and auditory verbal hallucinations: A critical review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*. 2007 Mar;27(2):140–54.
55. Pearson D, Burrow A, FitzGerald C, Green K, Lee G, Wise N. Auditory hallucinations in normal child populations. *Personality and Individual Differences*. 2001 Aug;31(3):401–7.
56. Hoff EV. Imaginary Companions, Creativity, and Self-Image in Middle Childhood. *Creativity Research Journal*. 2005 Jul;17(2–3):167–80.
57. Taylor M. *Imaginary Companions and the Children Who Create Them*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2001. 224 p.
58. Pearson D, Rouse H, Doswell S, Ainsworth C, Dawson O, Simms K, et al. Prevalence of imaginary companions in a normal child population: Prevalence of imaginary companions. *Child: Care, Health and Development*. 2008 Jul 7;27(1):13–22.
59. Moriguchi Y, Todo N. Prevalence of imaginary companions in Japanese children: prevalence of imaginary companions. *International Journal of Psychology [Internet]*. 2017 Jul 17; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/ijop.12446>
60. Ohayon MM. Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research*. 2000 Dec;97(2–3):153–64.
61. Larøi F, Linden M, Marczewski P. The effects of emotional salience, cognitive effort and meta-cognitive beliefs on a reality monitoring task in hallucination-prone subjects. *British Journal of Clinical Psychology*. 2004 Sep;43(3):221–33.
62. Vellante M, Larøi F, Cella M, Raballo A, Petretto DR, Preti A. Hallucination-Like Experiences in the Nonclinical Population: *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2012 Apr;200(4):310–5.

63. Larøi F, Van der Linden M, Goëb J-L. Hallucinations et idées délirantes chez les enfants et adolescents : mise en perspective avec les travaux réalisés chez l'adulte. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2009 Feb;57(1):32–7.
64. Hammersley P, Dias A, Todd G, Bowen-Jones K, Reilly B, Bentall RP. Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*. 2003 Jun;182(06):543–7.
65. Assad T, Okasha T, Ramy H, Goueli T, El-Shinnawy H, Nasr M, et al. Role of traditional healers in the pathway to care of patients with bipolar disorder in Egypt. *Int J Soc Psychiatry*. 2015 Sep;61(6):583–90.
66. Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003 Nov;42(4):331–53.
67. Read J, Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005 Nov;112(5):330–50.
68. Whitfield CL, Dube SR, Felitti VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse & Neglect*. 2005 Jul;29(7):797–810.
69. Lataster T, van Os J, Drukker M, Henquet C, Feron F, Gunther N, et al. Childhood victimisation and developmental expression of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences: Victimization and non-clinical Psychotic experiences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006 Jun;41(6):423–8.
70. Spauwen J, Krabbendam L, Lieb R, Wittchen H-U, Van Os J. Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *British Journal of Psychiatry*. 2006 Jun;188(06):527–33.
71. Bendall S, Jackson HJ, Hulbert CA, McGorry PD. Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence. *Schizophrenia Bulletin*. 2007 May 4;34(3):568–79.
72. Kelleher I, Harley M, Lynch F, Arseneault L, Fitzpatrick C, Cannon M. Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *Br J Psychiatry*. 2008 Nov;193(5):378–82.

73. Shevlin M, Dorahy M, Adamson G. Childhood traumas and hallucinations: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research*. 2007 Apr;41(3–4):222–8.
74. Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M. Pretreatment and Outcome Correlates of Sexual and Physical Trauma in an Epidemiological Cohort of First-Episode Psychosis Patients. *Schizophrenia Bulletin*. 2010 Nov 1;36(6):1105–14.
75. Mackie CJ, Castellanos-Ryan N, Conrod PJ. Developmental trajectories of psychotic-like experiences across adolescence: impact of victimization and substance use. *Psychological Medicine*. 2011 Jan;41(01):47–58.
76. Smeets F, Lataster T, Dominguez M -d.-G, Hommes J, Lieb R, Wittchen H-U, et al. Evidence That Onset of Psychosis in the Population Reflects Early Hallucinatory Experiences That Through Environmental Risks and Affective Dysregulation Become Complicated by Delusions. *Schizophrenia Bulletin*. 2012 May 1;38(3):531–42.
77. Alsawy S, Wood L, Taylor PJ, Morrison AP. Psychotic experiences and PTSD: exploring associations in a population survey. *Psychol Med*. 2015 Oct;45(13):2849–59.
78. Shevlin M, Murphy J, Read J, Mallett J, Adamson G, Houston JE. Childhood adversity and hallucinations: a community-based study using the National Comorbidity Survey Replication. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011 Dec;46(12):1203–10.
79. Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The Contribution of Early Traumatic Events to Schizophrenia in Some Patients: A Traumagenic Neurodevelopmental Model. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2001 Dec;64(4):319–45.
80. Livingston R, Lawson L, Jones JG. Predictors of Self-Reported Psychopathology in Children Abused Repeatedly by a Parent. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993 Sep;32(5):948–53.
81. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveerse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2012 Jul;38(4):661–71.

82. Bebbington P. Childhood sexual abuse and psychosis: aetiology and mechanism. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009 Dec;18(4):284–93.
83. Glaser J-P, Van Os J, Thewissen V, Myin-Germeys I. Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2010 Feb;121(2):125–34.
84. Myin-Germeys I, van Os J. Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review.* 2007 May;27(4):409–24.
85. Myin-Germeys I, Delespaul Ph, Van Os J. Behavioural sensitization to daily life stress in psychosis. *Psychological Medicine.* 2005 May;35(5):733–41.
86. Murase S, Ochiai S, Ohta T. Separation anxiety leads to non psychotic hallucinations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2000 Nov;39(11):1345–1345.
87. Dolphin L, Dooley B, Fitzgerald A. Prevalence and correlates of psychotic like experiences in a nationally representative community sample of adolescents in Ireland. *Schizophrenia Research.* 2015 Dec;169(1–3):241–7.
88. Weiser M, van Os J, Reichenberg A, Rabinowitz J, Nahon D, Kravitz E, et al. Social and cognitive functioning, urbanicity and risk for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry.* 2007 Oct;191(04):320–4.
89. Sun M, Hu X, Zhang W, Guo R, Hu A, Mwansisya TE, et al. Psychotic-like experiences and associated socio-demographic factors among adolescents in China. *Schizophrenia Research.* 2015 Aug;166(1–3):49–54.
90. Polanczyk G, Moffitt TE, Arseneault L, Cannon M, Ambler A, Keefe RSE, et al. Etiological and Clinical Features of Childhood Psychotic Symptoms: Results From a Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry.* 2010 Apr 1;67(4):328.
91. Clarke MC. The Role of Obstetric Events in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 2005 Sep 15;32(1):3–8.
92. Laurens KR, West SA, Murray RM, Hodgins S. Psychotic-like experiences and other antecedents of schizophrenia in children aged 9–12 years: a comparison of ethnic and migrant groups in the United Kingdom. *Psychological Medicine [Internet].* 2008 Aug [cited 2018 Jan 18];38(08). Available from:

93. Amad A, Geoffroy PA, Gorwood P. Génétique des hallucinations : des voix pas sans gène ! *L'information psychiatrique*. 2012;88(10):799.
94. Vareilles D, Bréhin C, Cortey C, Chevrin A-L, Hamon T, Vignes M, et al. Hallucinations : analyse étiologique chez des enfants admis en service d'accueil des urgences. *Archives de Pédiatrie*. 2017 May;24(5):445–52.
95. McGrath JA, Avramopoulos D, Lasseter VK, Wolyniec PS, Fallin MD, Liang K-Y, et al. Familiality of Novel Factorial Dimensions of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2009 Jun 1;66(6):591.
96. Malhotra AK, Goldman D, Buchanan RW, Rooney W, Clifton A, Kosmidis MH, et al. The dopamine D3 receptor (DRD3) Ser9Gly polymorphism and schizophrenia: a haplotype relative risk study and association with clozapine response. *Molecular Psychiatry*. 1998 Jan;3(1):72–5.
97. Sanjuan J, Rivero O, Aguilar EJ, González JC, Moltó MD, de Frutos R, et al. Serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and emotional response to auditory hallucinations in schizophrenia. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2005 May 26;9(01):131.
98. Rivero O, Sanjuan J, Aguilar EJ, Gonzalez JC, Molto MD, de Frutos R, et al. Serotonin transporter gene polymorphisms and auditory hallucinations in psychosis. *Rev Neurol*. 2010 Mar 16;50(6):325–32.
99. Wei J. The CCK-A receptor gene possibly associated with auditory hallucinations in schizophrenia. *European Psychiatry*. 1999 Apr;14(2):67–70.
100. Sanjuan J, Toirac I, González JC, Leal C, Moltó MD, Nájera C, et al. A possible association between the CCK-AR gene and persistent auditory hallucinations in schizophrenia. *European Psychiatry*. 2004 Sep;19(6):349–53.
101. Sanjuán J, Tolosa A, González JC, Aguilar EJ, Pérez-Tur J, Nájera C, et al. Association between FOXP2 polymorphisms and schizophrenia with auditory hallucinations. *Psychiatr Genet*. 2006 Apr;16(2):67–72.
102. McCarthy-Jones S, Green MJ, Scott RJ, Tooney PA, Cairns MJ, Wu JQ, et al. Preliminary

- evidence of an interaction between the FOXP2 gene and childhood emotional abuse predicting likelihood of auditory verbal hallucinations in schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 2014 Mar;50:66–72.
103. Laroï F, Van der Linden M, Goeb J-L. Hallucinations and Delusions in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reviews*. 2006 Nov 1;2(4):473–85.
  104. McGee R, Williams S, Poulton R. Hallucinations in nonpsychotic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Jan;39(1):12–3.
  105. Laurens KR, Hobbs MJ, Sunderland M, Green MJ, Mould GL. Psychotic-like experiences in a community sample of 8000 children aged 9 to 11 years: an item response theory analysis. *Psychological Medicine*. 2012 Jul;42(07):1495–506.
  106. Altman H, Collins M, Mundy P. Subclinical Hallucinations and Delusions in Nonpsychotic Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1997 May;38(4):413–20.
  107. Hielscher E, Connell M, Lawrence D, Zubrick SR, Hafekost J, Scott JG. Prevalence and correlates of psychotic experiences in a nationally representative sample of Australian adolescents. 2018;1–14.
  108. Rubio JM, Sanjuán J, Flórez-Salamanca L, Cuesta MJ. Examining the course of hallucinatory experiences in children and adolescents: A systematic review. *Schizophrenia Research*. 2012 Jul;138(2–3):248–54.
  109. Tillman R, Geller B, Klages T, Corrigan M, Bolhofner K, Zimmerman B. Psychotic phenomena in 257 young children and adolescents with bipolar I disorder: delusions and hallucinations (benign and pathological): Psychosis in child bipolar I disorder. *Bipolar Disorders*. 2008 Jan 10;10(1):45–55.
  110. Cachia A, Amad A, Brunelin J, Krebs M-O, Plaze M, Thomas P, et al. Deviations in cortex sulcation associated with visual hallucinations in schizophrenia. *Molecular Psychiatry*. 2015 Sep;20(9):1101–7.
  111. Gimenez G. Halluciner, percevoir l'impensé. Approche psychanalytique de l'hallucination psychotique [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2010. 256 p. (Oxalis). Available from: <https://www.cairn.info/halluciner-percevoir-l-impense--9782804162665.htm>
  112. Freud S. Un trouble de mémoire sur l'acropole. Résultats idées problèmes. Paris: PUF;



1985.

113. Lacan. *Ecrits I* [Internet]. Seuil; 1966 [cited 2019 Sep 25]. Available from: <http://www.seuil.com/ouvrage/ecrits-i-jacques-lacan/9782757841730>
114. Gutermann-Jacquet D. L'hallucination chez l'enfant. *Recherches en psychanalyse*. 2015;20(2):170.
115. Gimenez G. Thérapies d'inspiration psychodynamique de l'hallucination. In: *Psychothérapies des hallucinations*. Elsevier Masson. 2016. p. 238–51. (Pratiques en psychothérapie; vol. 1).
116. Jardri R, Duverne S, Litvinova AS, Denève S. Experimental evidence for circular inference in schizophrenia. *Nature Communications*. 2017 Jan 31;8:14218.
117. Demeulemeester M, Laroï F, Burnay J, Jardri R. Mécanismes psychologiques et cérébraux impliqués. In: *Psychothérapies des hallucinations*. Elsevier Masson; 2016. p. 3–28. (Pratiques en psychothérapie; vol. 1).
118. Bell V, Halligan PW, Ellis HD. Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends Cogn Sci (Regul Ed)*. 2006 May;10(5):219–26.
119. Frith CD. The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action. *Psychological Medicine*. 1987 Aug;17(03):631.
120. Jardri R, Thomas P, Delmaire C, Delion P, Pins D. The Neurodynamic Organization of Modality-Dependent Hallucinations. *Cerebral Cortex*. 2013 May;23(5):1108–17.
121. Rochat P, Hespos SJ. Differential rooting response by neonates: evidence for an early sense of self. 1997;8.
122. Pilowsky T, Yirmiya N, Arbelle S, Mozes T. Theory of mind abilities of children with schizophrenia, children with autism, and normally developing children. *Schizophrenia Research*. 2000 Apr;42(2):145–55.
123. Jardri R, Pouchet A, Pins D, Thomas P. Cortical Activations During Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia: A Coordinate-Based Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2011 Jan;168(1):73–81.

124. Morrison AP, Baker CA. Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a comparative study of intrusions in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*. 2000 Nov;38(11):1097–106.
125. Debbané M, Van der Linden M, Gex-Fabry M, Eliez S. Cognitive and emotional associations to positive schizotypy during adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009 Mar;50(3):326–34.
126. Debbané M, Van der Linden M, Balanzin D, Billieux J, Eliez S. Associations Among Metacognitive Beliefs, Anxiety and Positive Schizotypy During Adolescence: The Journal of Nervous and Mental Disease. 2012 Jul;200(7):620–6.
127. Kråkvik B, Larøi F, Kalhovde AM, Hugdahl K, Kompus K, Salvesen Ø, et al. Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2015 Oct;56(5):508–15.
128. Daalman K, Boks MPM, Diederer KMJ, de Weijer AD, Blom JD, Kahn RS, et al. The Same or Different?: A Phenomenological Comparison of Auditory Verbal Hallucinations in Healthy and Psychotic Individuals. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2011 Mar 15;72(03):320–5.
129. Larøi F, Sommer IE, Blom JD, Fernyhough C, ffytche DH, Hugdahl K, et al. The Characteristic Features of Auditory Verbal Hallucinations in Clinical and Nonclinical Groups: State-of-the-Art Overview and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*. 2012 Jul 1;38(4):724–33.
130. Mertin P, Hartwig S. Auditory Hallucinations in Nonpsychotic Children: Diagnostic Considerations. *Child and Adolescent Mental Health*. 2004 Feb;9(1):9–14.
131. Leroy A, Foucher JR, Pins D, Delmaire C, Thomas P, Roser MM, et al. fMRI capture of auditory hallucinations: Validation of the two-steps method. *Hum Brain Mapp*. 2017;38(10):4966–79.
132. Sommer I, Aleman A, Ramsey N, Bouma A, Kahn R. Handedness, language lateralisation and anatomical asymmetry in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 2001 Apr;178(04):344–51.
133. Kelleher I, Devlin N, Wigman JTW, Kehoe A, Murtagh A, Fitzpatrick C, et al. Psychotic

- experiences in a mental health clinic sample: implications for suicidality, multimorbidity and functioning. *Psychological Medicine*. 2014 Jun;44(08):1615–24.
134. Guidi J, Poinso F. L'hallucination auditive isolée chez l'enfant pré-pubère : cadre diagnostique et valeur prédictive. *Archives de Pédiatrie*. 2015 Dec 1;22(12):1302–8.
135. Remschmidt HE, Schulz E, Martin M, Warnke A, Trott G-E. Childhood-Onset Schizophrenia: History of the Concept and Recent Studies. *Schizophrenia Bulletin*. 1994 Jan 1;20(4):727–45.
136. Missaoui S, Mechri A, Gaddour N, Slama H, Gaha L. La schizophrénie à début précoce : caractéristiques cliniques et endophénotypiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2008 Oct 1;166(8):633–7.
137. Pao M, Lohman C, Gracey D, Greenberg L. Visual, Tactile, and Phobic Hallucinations: Recognition and Management in the Emergency Department: *Pediatric Emergency Care*. 2004 Jan;20(1):30–4.
138. Edelsohn GA, Rabinovich H, Portnoy R. Hallucinations in nonpsychotic children: findings from a psychiatric emergency service. *Ann N Y Acad Sci*. 2003 Dec;1008:261–4.
139. Jang JH. Psychotic-like experiences and their relationship to suicidal ideation in adolescents. *Psychiatry Research*. 2014;5.
140. Garralda ME. Hallucinations in children with conduct and emotional disorders: I. The clinical phenomena. *Psychol Med*. 1984 Aug;14(3):589–96.
141. Kerbeshian J, Burd L. Are Schizophreniform Symptoms Present in Attenuated Form in Children with Tourette Disorder and Other Developmental Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1987 Mar;32(2):123–35.
142. Jardri R, Delion P, Goëb J-L. Stratégies diagnostiques et thérapeutiques face aux hallucinations de l'enfant et de l'adolescent. *La Presse Médicale*. 2010 Apr;39(4):420–30.
143. Alba Palé L, Cercós A, Samsó B, Sugranyes G. Childhood Visual Hallucinations: A Case Report of Idiopathic Occipital Epilepsy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2018 Jun;57(6):436–8.

144. Dauvilliers Y, Arnulf I, Mignot E. Narcolepsy with cataplexy. *Lancet*. 2007 Feb 10;369(9560):499–511.
145. Plazzi G, Pizza F, Palaia V, Franceschini C, Poli F, Moghadam KK, et al. Complex movement disorders at disease onset in childhood narcolepsy with cataplexy. *Brain*. 2011 Dec;134(12):3480–92.
146. Shprintzen RJ. Velo-cardio-facial syndrome: 30 Years of study. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 2008;14(1):3–10.
147. Debbané M, Glaser B, David MK, Feinstein C, Eliez S. Psychotic symptoms in children and adolescents with 22q11.2 deletion syndrome: Neuropsychological and behavioral implications. *Schizophrenia Research*. 2006 Jun;84(2–3):187–93.
148. Carhart-Harris RL, Bolstridge M, Rucker J, Day CMJ, Erritzoe D, Kaelen M, et al. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *The Lancet Psychiatry*. 2016 Jul;3(7):619–27.
149. Drion M. Hallucinations chez l'enfant et l'adolescent : étude descriptive de la Consultation Hallucinations et Expériences Supra-Sensorielle de Lille. [Lille]: Lille; 2018.
150. Hoffman RE, Hawkins KA, Gueorguieva R, Boutros NN, Rachid F, Carroll K, et al. Transcranial Magnetic Stimulation of Left Temporoparietal Cortex and Medication-Resistant Auditory Hallucinations. *Archives of General Psychiatry*. 2003 Jan 1;60(1):49.
151. Ratcliff K, Farhall J, Shawyer F. Auditory hallucinations: a review of assessment tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2011 Nov;18(6):524–34.
152. Andreasen NC. Scale for the Assessment of Positive Symptoms (Échelle d'Évaluation des Symptômes Positifs).
153. Demeulemeester M, Kochman F, Fligans B, Tabet AJ, Thomas P, Jardri R. Assessing early-onset hallucinations in the touch-screen generation. *The British Journal of Psychiatry*. 2015 Mar 1;206(3):181–3.
154. Thomas N, Bless JJ, Alderson-Day B, Bell IH, Cella M, Craig T, et al. Potential Applications of Digital Technology in Assessment, Treatment, and Self-help for Hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*. 2019 Feb 1;45(Supplement\_1):S32–42.

155. Dominguez MDG, Wichers M, Lieb R, Wittchen H-U, van Os J. Evidence That Onset of Clinical Psychosis Is an Outcome of Progressively More Persistent Subclinical Psychotic Experiences: An 8-Year Cohort Study. *Schizophrenia Bulletin*. 2011 Jan 1;37(1):84–93.
156. al-Issa I. The illusion of reality or the reality of illusion. *Hallucinations and culture*. *The British Journal of Psychiatry*. 1995 Mar 1;166(3):368–73.
157. Maraldi E de O, Krippner S. Cross-cultural research on anomalous experiences: Theoretical issues and methodological challenges. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2019 Jun 1]; Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/cns0000188>
158. Bell V. Cultures of chemically induced hallucinations. 2014;27(9):4.
159. Ng B-Y. Phenomenology of Trance States Seen at a Psychiatric Hospital in Singapore: A Cross-Cultural Perspective. *Transcult Psychiatry*. 2000 Dec;37(4):560–79.
160. Burns JK, Jhazbhay K, Emsley RA. Causal attributions, pathway to care and clinical features of first-episode psychosis: A South African perspective. *Int J Soc Psychiatry*. 2011 Sep;57(5):538–45.
161. Suhail K, Cochrane R. Effect of Culture and Environment on the Phenomenology of Delusions and Hallucinations. *International Journal of Social Psychiatry*. 2002 Jun 1;48(2):126–38.
162. Huang CL-C, Shang C-Y, Shieh M-S, Lin H-N, Su JC-J. The interactions between religion, religiosity, religious delusion/hallucination, and treatment-seeking behavior among schizophrenic patients in Taiwan. *Psychiatry Research*. 2011 May;187(3):347–53.
163. Luhrmann TM, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. Hearing Voices in Different Cultures: A Social Kindling Hypothesis. *Topics in Cognitive Science*. 2015 Oct;7(4):646–63.
164. Wahass S, Kent G. A Comparison of Public Attitudes in Britain and Saudi Arabia Towards Auditory Hallucinations. *Int J Soc Psychiatry*. 1997 Sep;43(3):175–83.
165. Lim A, Hoek HW, Blom JD. The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients. *Transcultural Psychiatry*. 2015 Feb 1;52(1):18–32.

166. Earl TR, Fortuna LR, Gao S, Williams DR, Neighbors H, Takeuchi D, et al. An exploration of how psychotic-like symptoms are experienced, endorsed, and understood from the National Latino and Asian American Study and National Survey of American Life. *Ethnicity & Health*. 2015 May 4;20(3):273–92.
167. Al-Issa I. Social and cultural aspects of hallucinations. 1977;84(5):570–87.
168. Barrio C, Yamada A-M, Atuel H, Hough RL, Yee S, Berthot B, et al. A tri-ethnic examination of symptom expression on the positive and negative syndrome scale in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*. 2003 Apr;60(2–3):259–69.
169. Tapsell R, Mellsop G. The Contributions of Culture and Ethnicity To New Zealand Mental Health Research Findings. *Int J Soc Psychiatry*. 2007 Jul;53(4):317–24.
170. Kent G, Wahass S. The content and characteristics of auditory hallucinations in Saudi Arabia and the UK: a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatr Scand*. 1996 Dec;94(6):433–7.
171. Badcock JC, Clark M, Morgan VA. Hallucinations in Indigenous and non-Indigenous Australians: Findings from the second Australian national survey of psychosis. *Schizophrenia Research*. 2018 Jul;197:581–2.
172. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The Continuum of Psychotic Symptoms in the General Population: A Cross-national Study. *Schizophrenia Bulletin*. 2012 May 1;38(3):475–85.
173. Murphy HBM, Wittkower ED, Fried J, Ellenberger H. A Cross-Cultural Survey of Schizophrenic Symptomatology. *International Journal of Social Psychiatry*. 1963 Sep;9(4):237–49.
174. Ndeti DM, Vadher A. A comparative cross-cultural study of the frequencies of hallucination in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1984 Dec;70(6):545–9.
175. Bauer SM, Schanda H, Karakula H, Olajossy-Hilkesberger L, Rudaleviciene P, Okribelashvili N, et al. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2011 May;52(3):319–25.

176. McLean D, Barrett R, Loa P, Thara R, John S, McGrath J, et al. Comparing schizophrenia symptoms in the Iban of Sarawak with other populations to elucidate clinical heterogeneity: Schizophrenia symptoms in the Iban. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2015 Mar;7(1):36–44.
177. Bourguignon E. Hallucination and Trance: An Anthropologist's Perspective. In: Keup W, editor. *Origin and Mechanisms of Hallucinations: Proceedings of the 14th Annual Meeting of the Eastern Psychiatric Research Association held in New York City, November 14–15, 1969* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1970 [cited 2019 Sep 26]. p. 183–90. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-1-4615-8645-6\\_17](https://doi.org/10.1007/978-1-4615-8645-6_17)
178. Luhrmann TM. Hallucinations and Sensory Overrides. *Annu Rev Anthropol*. 2011 Oct 21;40(1):71–85.
179. Castillo RJ. Trance, Functional Psychosis, and Culture. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2003 Mar;66(1):9–21.
180. Luhrmann TM, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the U.S.A., India and Ghana: interview-based study. *Br J Psychiatry*. 2015 Jan;206(1):41–4.
181. Azhar M. Phenomenological Differences of Hallucinations between Schizophrenic Patients in Penang & Kelantan. 1993;48(2):7.
182. Kim K-I, Li D, Jiang Z, Cui XJ, Lin L, Kang JJ, et al. Schizophrenic Delusions Among Koreans, Korean-Chinese and Chinese: a Transcultural Study. *Int J Soc Psychiatry*. 1993 Sep 1;39(3):190–9.
183. Mitchell J, Vierkant AD. Delusions and Hallucinations as a Reflection of the Subcultural Milieu Among Psychotic Patients of the 1930s and 1980s. *The Journal of Psychology*. 1989 May;123(3):269–74.
184. Al-Issa I. Culture and Mental Illness in Algeria. *International Journal of Social Psychiatry*. 1990 Sep;36(3):230–40.
185. Suryani S, Welch A, Cox L. The Phenomena of Auditory Hallucination as Described by Indonesian People Living With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2013 Dec 1;27(6):312–8.

186. Yip K. Traditional Chinese Religious Beliefs and Superstitions in Delusions and Hallucinations of Chinese Schizophrenic Patients. *Int J Soc Psychiatry*. 2003 Jun;49(2):97–111.
187. Sartorius N. Short-lived campaigns are not enough. 2010;(468):163–5.
188. Myers NL. Update: Schizophrenia Across Cultures. *Current Psychiatry Reports*. 2011 Aug;13(4):305–11.
189. Gearing RE, Alonzo D, Smolak A, McHugh K, Harmon S, Baldwin S. Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence. *Schizophrenia Research*. 2011 Mar;126(1–3):150–63.
190. Mohr S, Huguelet P. The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *SWISS MED WKLY*. 2004;(134):369–76.
191. Mohr C, Hübener F, Laska M. Deviant olfactory experiences, magical ideation, and olfactory sensitivity: a study with healthy German and Japanese subjects. *Psychiatry Research*. 2002 Aug 5;111(1):21–33.
192. Loch AA, Freitas EL, Hortêncio L, Chianca C, Alves TM, Serpa MH, et al. Hearing spirits? Religiosity in individuals at risk for psychosis—Results from the Brazilian SSAPP cohort. *Schizophrenia Research* [Internet]. 2018 Sep 25 [cited 2019 Jan 10]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996418305784>
193. Yamamoto J, Okonogi K, Iwasaki T, Yoshimura S. Mourning in Japan. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2006 Apr 1 [cited 2019 Sep 26]; Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.125.12.1660>
194. World Health Organization (WHO). *Traditional medicine – Growing needs and potential*. Geneva, Switzerland; 2003.
195. Rhi B-Y, Ha K-S, Kim Y-S, Sasaki Y, Young D, Woon T-H, et al. The Health Care Seeking Behavior of Schizophrenic Patients in 6 East Asian Areas. *Int J Soc Psychiatry*. 1995 Sep 1;41(3):190–209.
196. Wen JK. Folk belief, illness behavior and mental health in Taiwan. *Changeng Yi Xue Za Zhi*. 1998 Mar;21(1):1–12.



197. Maiga DD, Seyni H, Sidikou A, Abdou M, Oumarou MH. Durée de psychose non traitée en Afrique : cas des patients hospitalisés à l'Hôpital national de Niamey. *L'information psychiatrique*. 2013;89(8):661.
198. Chong S-A, Mythily, Lum A, Chan YH, McGorry P. Determinants of Duration of Untreated Psychosis and the Pathway to Care in Singapore. *Int J Soc Psychiatry*. 2005 Mar;51(1):55–62.
199. Mbewe E, Haworth A, Welham J, Mubanga D, Chazulwa R, Zulu MM, et al. Clinical and demographic features of treated first-episode psychotic disorders: A Zambian study. *Schizophrenia Research*. 2006 Sep;86(1–3):202–7.
200. Sharifi V, Kermani-Ranjbar T, Amini H, Alaghand-rad J, Salesian N, Seddigh A. Duration of untreated psychosis and pathways to care in patients with first-episode psychosis in Iran. *Early Interv Psychiatry*. 2009 May;3(2):131–6.
201. Trierweiler SJ, Muroff JR, Jackson JS, Neighbors HW, Munday C. Clinician race, situational attributions, and diagnoses of mood versus schizophrenia disorders. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2005;11(4):351–64.
202. Goguikian Ratcliff B, Pereira C. L'alliance thérapeutique triadique dans une psychothérapie avec un interprète : un concept en quête de validation. *Pratiques Psychologiques*. 2019 Mar;25(1):63–77.
203. Biswas J, Gangadhar BN, Keshavan M. Cross cultural variations in psychiatrists' perception of mental illness: A tool for teaching culture in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*. 2016 Oct;23:1–7.
204. Baubet T. Culture et diagnostic psychique : l'utilisation du "guide de formulation culturelle" du DSM-IV en clinique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2005 Feb;163(1):38–44.
205. Mukherjee S, Shukla S, Woodle J, Rosen AM, Olarte S. Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: a multiethnic comparison. *Am J Psychiatry*. 1983 Dec;140(12):1571–4.
206. A. Kleinman. *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.

207. Bakhshani NM, Hosseinbore N, Kianpoor M. Djinnati syndrome: Symptoms and prevalence in rural population of Baluchistan (southeast of Iran). *Asian Journal of Psychiatry*. 2013 Dec;6(6):566–70.
208. During EH, Elahi FM, Taieb O, Moro M-R, Baubet T. A Critical Review of Dissociative Trance and Possession Disorders: Etiological, Diagnostic, Therapeutic, and Nosological Issues. *Can J Psychiatry*. 2011 Apr 1;56(4):235–42.
209. Jimenez Fernandez R, Corral Liria I, Rodriguez Vázquez R, Cabrera Fernandez S, Losa Iglesias ME, Becerro de Bengoa Vallejo R. Exploring the knowledge, explanatory models of illness, and patterns of healthcare-seeking behaviour of Fang culture-bound syndromes in Equatorial Guinea. *PLoS One [Internet]*. 2018 Sep 7;13(9). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6128453/>
210. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition : DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.
211. Radjack R, Touhami F, Minassian S, Moro MR, Hollande F. Un destin commun et assumé : bien accueillir les mineurs isolés étrangers. *Laennec*. 2017 Jan 1;71:42.
212. Devereux G. *Ethnopsychanalyse Complémentariste [Internet]*. Paris: Flammarion; 1972. Available from: [http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=71880](http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=71880).
213. Baubet T, Moro MR. Les débats autour de la question culturelle en clinique. In: *Psychopathologie transculturelle*. France: Elsevier Masson; 2013. p. 31–48. (Les âges de la vie).
214. Lévi-Strauss C. *Race et histoire*. Paris: Gallimard; 1961.
215. Nathan T. *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod; 1986.
216. Moro MR. *Parents en exil : psychopathologie et migration*. Paris: PUF; 1994.
217. Rouchon J-F, Reyre A, Taïeb O, Moro MR. L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique. *L'Autre*. 2009;Volume. 10(1):80.
218. Devereux G. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. 1967.

219. Baubet T, Moro MR. Les soins en situation transculturelle. In: Psychopathologie transculturelle. France: Elsevier Masson; 2013. p. 143–58. (Les âges de la vie).
220. Radjack R, De Coignac AB, Sturm G, Baubet T, Moro MR. Accueillir et soigner les mineurs isolés étrangers?: Une approche transculturelle. *Adolescence*. 2012;80(2):421.
221. Goodman R, Richards H. Child and Adolescent Psychiatric Presentations of Second-Generation Afro-Caribbeans in Britain. *British Journal of Psychiatry*. 1995 Sep;167(03):362–9.
222. Tolmac J, Hodes M. Ethnic variation among adolescent psychiatric in-patients with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2004 May;184(05):428–31.
223. Linscott RJ, Marie D, Arnott KL, Clarke BL. Over-representation of Maori New Zealanders among adolescents in a schizotypy taxon. *Schizophrenia Research*. 2006 Jun;84(2–3):289–96.
224. Patel NC, DelBello MP, Strakowski SM. Ethnic differences in symptom presentation of youths with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2006 Feb;8(1):95–9.
225. Eilbracht L, Stevens GWJM, Wigman JTW, van Dorsselaer S, Vollebergh WAM. Mild psychotic experiences among ethnic minority and majority adolescents and the role of ethnic density. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015 Jul;50(7):1029–37.
226. el Bouhaddani S, van Domburgh L, Schaefer B, Doreleijers TAH, Veling W. Psychotic experiences among ethnic majority and minority adolescents and the role of discrimination and ethnic identity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019 Mar;54(3):343–53.
227. Wedel J. Involuntary mass spirit possession among the Miskitu. *Anthropology & Medicine*. 2012 Dec;19(3):303–14.
228. de Sá JFR, Mota-Rolim SA. Sleep Paralysis in Brazilian Folklore and Other Cultures: A Brief Review. *Front Psychol* [Internet]. 2016 Sep 7;7. Available from: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsyg.2016.01294/abstract>
229. Jiménez-Genchi A, Ávila-Rodríguez VM, Sánchez-Rojas F, Vargas Terrez BE, Nenclares-Portocarrero A. Sleep paralysis in adolescents: The ‘a dead body climbed on top of me’ phenomenon in Mexico. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2009 Aug;63(4):546–9.

230. Nicastro N, Picard F. Joan of Arc: Sanctity, witchcraft or epilepsy? *Epilepsy & Behavior*. 2016 Apr;57:247–50.
231. Steenhuis LA, Bartels-Velthuis AA, Jenner JA, Aleman A, Bruggeman R, Nauta MH, et al. Religiosity in young adolescents with auditory vocal hallucinations. *Psychiatry Research*. 2016 Feb;236:158–64.
232. Meltzer HI, Dogra N, Vostanis P, Ford T. Religiosity and the mental health of adolescents in Great Britain. *Mental Health, Religion & Culture*. 2011 Sep 1;14(7):703–13.
233. Dominguez M-G, Fisher HL, Major B, Chisholm B, Rahaman N, Joyce J, et al. Duration of untreated psychosis in adolescents: Ethnic differences and clinical profiles. *Schizophrenia Research*. 2013 Nov;150(2–3):526–32.
234. Soosay I, Silove D, Bateman-Steel C, Steel Z, Bebbington P, Jones PB, et al. Trauma exposure, PTSD and psychotic-like symptoms in post-conflict Timor Leste: an epidemiological survey. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2012 Dec ;12(1). Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-229>
235. Gaudiano BA, Zimmerman M. Evaluation of evidence for the psychotic subtyping of post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2010 Oct;197(4):326–7.
236. Bailey T, Alvarez-Jimenez M, Garcia-Sanchez AM, Hulbert C, Barlow E, Bendall S. Childhood Trauma Is Associated With Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2018 Aug 20;44(5):1111–22.
237. Matheson SL, Shepherd AM, Pinchbeck RM, Laurens KR, Carr VJ. Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychol Med*. 2013 Feb;43(2):225–38.
238. Baubet T, Moro MR. Adulte : des hommes et des femmes métisses. In: *Psychopathologie transculturelle*. 2nd ed. Elsevier Masson; 2013. (Les âges de la vie).
239. Baubet T, Taïeb O, Guillaume J, Moro MR. Les états psychotiques chez les jeunes migrants et enfants de migrants. *L'Encéphale*. 2009;35:S219–S223.
240. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC medicine*. 2004;2(1):13.

241. Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(1):12–24.
242. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. Hyman SE, editor. *PLoS Medicine*. 2005 May 31;2(5):e141.
243. Pignon B, Pierre Alexis G, Thomas P, Roelandt J-L, Rolland B, Morgan C, et al. Prevalence and clinical severity of mood disorders among first-, second- and third-generation migrants. *Journal of Affective Disorders*. 2017 Mar;210:174–80.
244. Amad A, Guardia D, Salleron J, Thomas P, Roelandt J-L, Vaiva G. Increased prevalence of psychotic disorders among third-generation migrants: Results from the French Mental Health in General Population survey. *Schizophrenia Research*. 2013 Jun;147(1):193–5.
245. Bhui K, Tsangarides N. Culture and schizophrenia. 2008;4.
246. Akkaya-Kalayci T, Popow C, Waldhör T, Winkler D, Özlü-Erkilic Z. Psychiatric emergencies of minors with and without migration background. *neuropsychiatrie*. 2017 Mar;31(1):1–7.
247. Tillman K. Immigrant Generation, Assimilation, and Adolescent Psychological Well-Being. *Social Forces - SOC FORCES*. 2001 Mar 1;79:969–1004.
248. Peña JB, Wyman PA, Brown CH, Matthieu MM, Olivares TE, Hartel D, et al. Immigration Generation Status and its Association with Suicide Attempts, Substance Use, and Depressive Symptoms among Latino Adolescents in the USA. *Prev Sci*. 2008 Dec;9(4):299–310.
249. Singh GK, Yu SM, Kogan MD. Health, Chronic Conditions, and Behavioral Risk Disparities among U.S. Immigrant Children and Adolescents. *Public Health Rep*. 2013 Nov;128(6):463–79.
250. Kim J, Nicodimos S, Kushner SE, Rhew IC, McCauley E, Vander Stoep A. Comparing Mental Health of US Children of Immigrants and Non-Immigrants in 4 Racial/Ethnic Groups. *J School Health*. 2018 Feb 1;88(2):167–75.
251. Etiemble A. *etude\_sociologique\_de\_madame\_etiemble.pdf* [Internet]. 2002 [cited 2017 Feb 27]. Available from: [http://www.infomie.net/IMG/pdf/etude\\_sociologique\\_de\\_madame\\_etiemble.pdf](http://www.infomie.net/IMG/pdf/etude_sociologique_de_madame_etiemble.pdf)

252. Etiemble A, Zanna O. Des Typologies Pour Faire Connaissance Avec Les Mineurs Isolés Étrangers et Mieux Les Accompagner [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 27]. Available from: [https://infomie.net/IMG/pdf/synthese\\_-\\_actualisation\\_typologie\\_mie\\_2013-2.pdf](https://infomie.net/IMG/pdf/synthese_-_actualisation_typologie_mie_2013-2.pdf)
253. Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2009 Mar;44(3):291–7.
254. Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M, Broekaert E, Heir T, Derluyn I. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2014 Feb;55(1):33–7.
255. Jakobsen M, Demott MAM, Heir T. Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum- Seeking Adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2014 Jun 13;10(1):53–8.
256. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014 May;23(5):337–46.
257. Jensen TK, Skar A-MS, Andersson ES, Birkeland MS. Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Apr 19;
258. Jensen TK, Skar A-MS, Andersson ES, Birkeland MS. Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Apr 19;
259. Derluyn I, Broekaert E. Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity & Health*. 2007 Apr;12(2):141–62.
260. Reavell J, Fazil Q. The epidemiology of PTSD and depression in refugee minors who have resettled in developed countries. *Journal of Mental Health*. 2017 Jan 2;26(1):74–83.
261. Oppedal B, Idsoe T. The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2015 Apr;56(2):203–11.
262. Majumder P, O'Reilly M, Karim K, Vostanis P. 'This doctor, I not trust him, I'm not safe':

The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *International journal of social psychiatry*. 2015;61(2):129–136.

263. Peach N, Alvarez-Jimenez M, Cropper SJ, Sun P, Bendall S. Testing models of post-traumatic intrusions, trauma-related beliefs, hallucinations, and delusions in a first episode psychosis sample. *Br J Clin Psychol*. 2019 Jun;58(2):154–72.
264. Deriu V, Moro MR, Benoit L. Early intervention for everyone? A review of cross-cultural issues and their treatment in ultra-high-risk (UHR) cohorts. *Early Intervention in Psychiatry*. 2018 Oct;12(5):796–810.
265. Hwang W-C, Wood JJ. Acculturative Family Distancing: Links with Self-Reported Symptomatology among Asian Americans and Latinos. *Child Psychiatry and Human Development*. 2009 Mar;40(1):123–38.
266. Baubet T, Moro MR. Effets de la migration sur l'exil. In: *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Elsevier Masson; 2013. p. 49–56. (Les âges de la vie).
267. Motoshima Y, Shinohara I, Todo N, Moriguchi Y. Parental behaviour and children's creation of imaginary companions: A longitudinal study. *European Journal of Developmental Psychology*. 2014 Nov 2;11(6):716–27.
268. Mathur R, Smith MC. An Investigation of Imaginary Companions in an Ethnic and Grade Diverse Sample. *Imagination, Cognition and Personality*. 2008 Jun;27(4):313–36.
269. Gaskins S, Haight W, Lancy DF. The Cultural Construction of Play. In: *Play and Development : Evolutionary, Sociocultural and Functional Perspectives*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2007. p. 179–202.
270. Sexson SB. Religious and spiritual assessment of the child and adolescent. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2004 Jan;13(1):35–47.
271. Sharpley M, Hutchinson G, Murray RM, McKenzie K. Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England: Review of current hypotheses. *Br J Psychiatry*. 2001 Apr;178(S40):s60–8.
272. Hickling F, Rodgers-Johnson P. The incidence of first schizo-phrenia in Jamaica. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1995 Sep 1;167:193–6.

273. Goguikian Ratcliff B, Suardi F. L'interprète dans une consultation thérapeutique: conceptions de son rôle et difficultés éprouvées. *Psychothérapies*. 2006;26(1):37.
274. Delizée A, De Ridder P. L'interprète-kaléidoscope ou le questionnement identitaire de l'interprète en santé mentale. Un état de la question. Mons: humanOrg; 2016.
275. Baubet T. L'évaluation clinique en situation transculturelle. In: *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Elsevier Masson; 2013. p. 87–102. (Les âges de la vie).
276. Yung AR, Nelson B, Baker K, Buckby JA, Baksheev G, Cosgrave EM. Psychotic-Like Experiences in a Community Sample of Adolescents: Implications for the Continuum Model of Psychosis and Prediction of Schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2009 Feb;43(2):118–28.
277. Le Du C. Tests psychologiques et facteurs culturels. In: *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Elsevier Masson; 2013. p. 104–42. (les âges de la vie).



**AUTEUR : Nom : LECONTE Prénom : GUILLAUME**  
**Date de soutenance : Le 11 octobre 2019 à 16h00**  
**Titre : Influence des facteurs culturels sur les hallucinations chez l'enfant et l'adolescent.**  
**Thèse - Médecine - Lille 2019**  
**Cadre de classement : Psychiatrie**  
**DES + spécialité : DES Psychiatrie**  
**Mots-clés : Hallucination, culture, enfant, adolescent, transculturel, diagnostic**

### **Résumé**

**Contexte :** Les hallucinations chez l'enfant et l'adolescent sont complexes à évaluer devant leurs manifestations cliniques variées allant d'une expérience physiologique en période développementale à un symptôme transnosographique. La culture, au sens anthropologique, comprenant la religion, est un facteur environnemental important à prendre en compte dans l'évaluation des hallucinations. L'objectif est ici de réaliser un état des lieux des connaissances sur l'influence des facteurs culturels sur les hallucinations chez l'enfant et l'adolescent.

**Méthode :** Nous avons réalisé une revue d'opinion devant le peu d'études relatives à cette question dans la littérature et la grande variété des termes se rapportant à la culture et aux hallucinations. Nous avons sélectionné des critères jugés pertinents en lien avec les facteurs culturels et les hallucinations chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Les messages forts issus des travaux chez l'adulte et la discussion d'un cas clinique permettront une réflexion théorico-clinique en lien avec l'objectif.

**Résultats :** Chez l'adulte, il y a une influence de la culture et la religion sur plusieurs composantes des hallucinations : leurs modalités sensorielles ; leur apparition ; leur contenu ; le rapport du sujet et son entourage avec les elles ; et les modalités de recours aux soins devant leur survenue. La fréquence des hallucinations varie selon l'origine ethnique des sujets dans les pays occidentaux. Chez l'enfant et l'adolescent, on retrouve une variation de la fréquence des hallucinations selon l'origine ethnique, une influence de la culture sur les hallucinations dissociatives, les compagnons imaginaires, et dans le recours au soin. Le cas clinique révèle des difficultés d'orientation diagnostique et thérapeutique en situation transculturelle, au risque d'un « *misdiagnosis* » devant des hallucinations en contexte traumatique.

**Conclusion :** La prévalence des expériences hallucinatoires et psychotiques semble plutôt influencée par le statut de migrant du sujet que par sa culture en soi. Les hallucinations peuvent être considérées comme une entité diagnostique dont l'expression est influencée par les facteurs culturels, qui pourraient aussi être des facteurs de risque ou protecteurs de souffrance ou de trouble psychiatrique. La psychiatrie transculturelle ou l'usage d'un guide de formulation culturelle adapté à l'enfant et l'adolescent pourrait améliorer l'élaboration diagnostique et les soins devant des hallucinations.

### **Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**  
**Asseseurs : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**  
**Monsieur le Professeur Thierry BAUBET**  
**Monsieur le Docteur Ali AMAD**  
**Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**